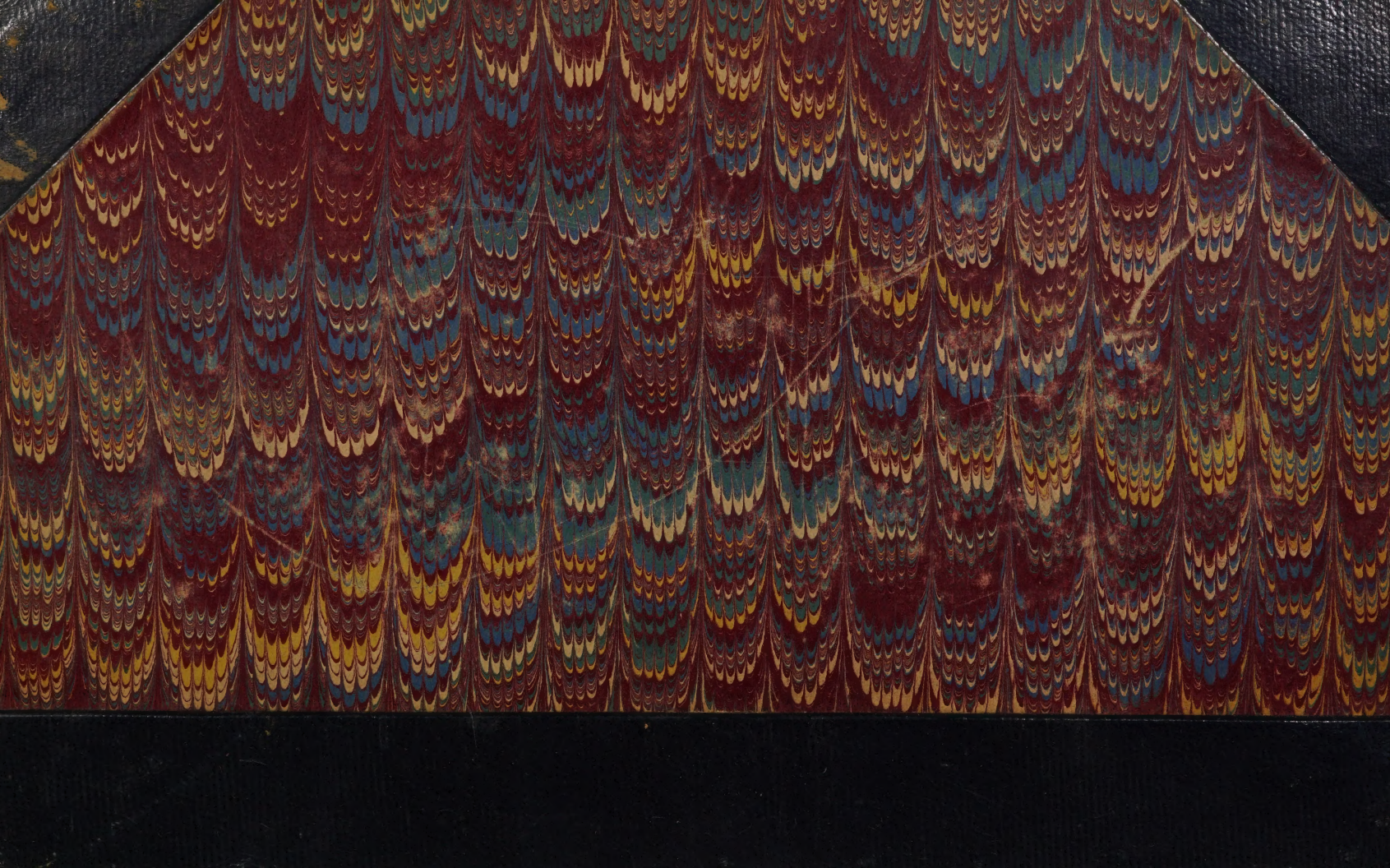
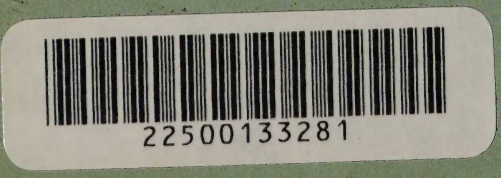



22500133281

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, Gerhardt, Berlin, Leube, Würzburg, Leyden, Berlin, Liebermeister, Tübingen, Naunyn, Straßburg i/E., Nothnagel, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel.
1890.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

Originalmittheilungen.

Biernacki, E., Die Magenverdauung bei Nierenentzündung. p. 265.
Boas, I., Kritische Bemerkungen zum Salzsäurenachweis im Mageninhalt. p. 943.
Bohm, Ein Fall von außergewöhnlicher Pulsverlangsamung. p. 362.
Bräutigam, W. u. **Nowack, E.,** Erregt Perubalsam Nephritis? p. 121.
Eulenburg, Über den diagnostischen Werth des Charcot-Vigouroux'schen Symptoms bei Basedow'scher Krankheit. p. 4.
Frentzel, O., Zur Kenntnis des Fieberganges bei Influenza. p. 25.
Gilbert, Ein Fall von außergewöhnlicher Pulsverlangsamung. p. 419.
Günzburg, Über Phloroglucin-Vanillin und verwandte Reagentien. p. 913.
Hamburger, H., Über die Wirkung des Magensaftes auf pathogene Bakterien. p. 425.
van der Harst jr., J. J., Über Hämoglobingehalt und Menge der rothen Blutkörperchen bei anämischen Zuständen. p. 961.
Hochsinger, C., Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen. p. 769.
—— Erwiederung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. Thomas. p. 850.
Hoffmann, F. A., Weitere Bemerkungen über Salzsäure im Mageninhalt. p. 521.
—— Bemerkung über die Anwendbarkeit des kohlensauren Kalkes zur Säurebestimmung im Magensaft. p. 713.
Kaempfer, G., Ein seltener Fall von Jodexanthem. p. 97.
Leo, H., Über die Bestimmung freier Säure im Mageninhalte durch kohlensauren Kalk. p. 865.
Leuch, G., Über die Ausscheidung von Jod- und Salicylpräparaten in Exsudaten und Transsudaten. p. 833.
Levy, E., Zur Ätiologie der pyämischen Erkrankungsprocesse. p. 65.
Loebisch, W. F. u. **v. Rokitansky, Freih. P.,** Zur Chemie der bronchektatischen Sputa. p. 1.
Lowinsky, J., Furunkulose bei Diabetes insipidus. p. 369.
Minkowski, O., Über die Folgen partieller Pankreasexstirpation. p. 81.
Neumann, H., Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus. p. 465.
Nowack, E. u. **Bräutigam, W.,** Erregt Perubalsam Nephritis? p. 121.
Peters, A., Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform. p. 937.
v. Rokitansky, Freih. P. u. **Loebisch, W. F.,** Zur Chemie der bronchektatischen Sputa. p. 1.
Rosenbach, O., Über den Antagonismus zwischen Jod- und Salicylpräparaten. p. 889.
Rosenberg, S., Eine neue Reaktion auf Harnsäure. p. 249.
Seifert, O., Über Cutis laxa. p. 49.
Thomas, L., Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen. p. 850.
Waetzoldt, Pseudoleukämie oder chronische Miliartuberkulose? p. 809.

Namenverzeichnis.

Achard u. Guinon 222.
van Ackeren 165.
Adam u. Haushalter 316.
Adamkiewicz 437. 669. Beil. 61.
Adamük 204. 316.
Adenot 830.
Adler 236.
—— u. Stern 530.
Albert 936.
Alessi u. Pernice 885.
Alexander 566.
Alison 674.
Alonzo 738.
Alt 34. 89.
Aman 908.
Anderson 639.
Andrejew u. Lebedeff 451.
Antonin 519.
Apery 417.
Aptekmann 140.
Ardle 254.
Argutinsky 609.
Arloing 706.
Armstrong 365. 388.
Arndt 828.
Arnschink 723.
Arthaud u. Butte 585.
Arustamoff 971.
Atkinson 463.
Auché u. Lespinasse 535.
Audry 735.
Aufrecht 457. 881.
Auton 230.
Aye 93.

Babes 212.
Baccelli 799.
Backer 220.
Bacquis 275.
Baginsky, A. 247. 647.
—— u. Stadthagen 643.
Ballowitz 570.
Banal u. Mossé 303.
Bard u. Curtillet 500.
Barker 150.
Barr 928.
Barral 623.
Bartels 480. 518.
Barth 797.
—— u. Nauwerck 482.
Barthelmy 277.
Bärwindt 336.
v. Basch Beil. 67.
Bassi 514. 674.
Bastian 273.
Bauer Beil. 41.
Baumann u. Kast 393.
Baumgarten 607.
Bäumler 229 Beil. 59.
Becher 170.
Bechterew 917.
—— u. Mislawski 642.
Becker 216. 518.
Beckler 911.
Beevor u. Hughlings Jackson 638.
Begg 949.
Behring 125.
Bein 843.
Belde 163.
Belmondo 541.
Benczur u. Jonas 492.
Benedikt 181. 461. 599. 735.
Beneke 832.
Bennett u. Savill 63.
Bergengrün 408.
Berger 874.
v. Bergmann 895.
Bergmeister 444.
Berkhan 60.
Berkley 710.
Bernhardt 117. 387. 861.
—— u. Kronthal 564.
Bertrand 39. 829.
Besançon u. le Noir 969.
Bettelheim u. Kauders 661.
Betz 46.
Beverley Robinson 286.
Bial 569.
Bidder 765.
Biedert 73.
Biernacki 265.
Billroth Beil. 21.
Bing 864.
Biondi 292.
Bird 736.
Bitter 695. 967.
Blaschko 935.
de Blasi 458.
—— u. Russo Travali 919.
Bleibtreu 609.
Blitz 932.
Boas 756. 943.
Bohm 362.
Boinet u. Salebert 559.
Bokai 76. 260.
Bombicci 730.
Bond 762.
Bongers 649.
Booth 77.
Bordas 775.
Bordet u. Massart 684.
Bordoni u. Rummo 508.
Borsari 624.
Bossano 817.
Böttiger 407.
Bouchard 755.
Bouissen 405.
Bourges u. Wurtz 956.
Bourneville u. Bricon 136.
—— u. Courbarien 24.
—— u. Pilliet 367.
Bouveret 199. 801.
Bouygues 162.
Boyd 603.
Bräutigam u. Nowack 121.
Brakenridge 878.
Brandl u. Pfeiffer 868.
Bratanich 397.
Brehmer 711.
Breisacher 274.
Bricon u. Bourneville 136.
Brieger 80.
—— u. C. Fränkel 643.
Brig 623.
v. Brinken 116.
Bristowe 880.

Bristowe u. Copeman 23.
Brothers 310.
Brouardel u. Pouchet 109.
Browicz 571. 778.
Brown-Séquard 585. 876.
Brucke 293.
Brückner 119.
Brugger 676.
Bruin 491.
de Brun 127. 174.
Brunet 58.
Bruns 406. 861.
—— u. Kredel 384.
Büben 844.
Buch 144.
Büchler 163.
Buchmüller 60.
Buchner 103.
—— u. Sittmann 524.
—— u. Voit 524.
Buchwald 672.
Bucquoy 73.
Bufalini 698.
Buisson 164.
Bulkley 360.
Bumm 644.
Burchardt 74.
Burghardt 166.
Burr u. Weir-Mitchell 974.
Buschmann 656.
Buss 278.
Butte 243.
—— u. Arthaud 585.
Byron 480.

Cadéac u. Meunier 692. 859.
Camman 484.
Canalis 717.
Cantani 145. Beil. 72.
Capei 656.
Carbone u. Foà 478.
Cartier 292.
Casper 736.
du Castel 310.
Castellini u. Maragliano 947.
Cathelineau u. Gilles de la Tourette 359. 622.
Catrin 24. 842.
Cattani u. Tizzoni 708.
Celli u. Guarneri 490.
—— u. Marchiafava 717.
Cervello 885.
Cervesato 448.
Chantemesse u. Vidal 20. 281.
Chapotot 587.
Charcot 62. 246. 344. 582.
Charrin u. Roger 737.
Chatellier 958.
Chauveau 507.
Chavernac 564.
Chelmonski 19.
Chetwood 118.
Chiari 454. 653.
Cimbali 605.
Citron 762.
Clark Sir 272.
Clarke 295.
Classen 736.
Cnopf 61.
Cohen, Ali 206.
Cohen, G. 801.
Cohn 452. 597.
Colley 233.
Collischorm 296.
Combe 881.
Combemale 594.
—— u. Dubiquet 971.
Cones 828.
Coolidge u. Townsend 42.
Copemann u. Bristowe 23.
Copemann 531.
Cordier 389.
Coronedi 710.
van den Corput 243.
Cortella 446.
Coulon 261.
Courbarien u. Bourneville 24.
Courtade 590.
Cox 554.
Cramer 421. 560. 764.
Crooke u. Nason 905.
Crossfield 750.
Crounse 312.
Crozer Griffith 649.
Csatáry 972.
Cséri 904.
Cuffer 903.
—— u. Sollier 242.
Curschmann Beil. 12.
Curtillet u. Bard 500.
Cyr 688.
Czyrnianki 144.

Damsch 701.
Davis 531.
Deaver u. Lloyd 208.
Debove 637.
Debroklonski 795.
Decker 336. 411.
Dehio 483. 928.
Déjérine 622.
—— u. Martin 600.
Delavan 406.
Délépine 515.
Déligny 808.
Demme 313. 314. 331. 446. 455. 805.
Denecke 905.
Denhardt 696.
Dennison 747.
le Dentu 806.
Dieckmann 148.
Dinkler 205.
Dinter 462.
Dittrich 241.
Doeblin 198.
Dolega Beil. 91.
Dollinger 392. 652.
de Dominicis 414.
Donnell 588.
Dor 709. 747.
—— u. Garel 681.
Dörfler 636.
Dornblüth 117.
Drapper 330.
Drasche 558.
Dreyfuss 183. 750.
Drühe 259.
Dubiquet u. Combemale 971.
Dubois 143.
Dubreuilh 590.
Dück 443.
v. Dühring 389. 417.
Dujardin-Beaumetz 243. 602.
Durdufi 102.
v. Dusch 472.
Dutil 63. 293.

Edelmann 767.
Edgasse 142.
Edinger 50.
Edwards Blanche 777.
Ehrlich u. Leppmann 925.
Ehrmann 546. 751. Beil. 52.
—— u. Gärtner 460.
Eichel 955.
Eichhoff 536.
Eichhorst 94. 397. 784.
Eigenbrodt 872.
Eijkman 375.
Einhorn 973.
Eiselsberg 740.
Eisenlohr 407. 548. Beil. 16.
Elsenberg 734. 798.
Elwert 443.
Enderlen 839.
Engel 192.
Engsten 484.
Eppinger Beil. 75.
Erb 382. 475.
Erdmann 733.
Ernst 130.
Escherich 72. 615. 970.
Eskridge 264.
v. Esmarch 104.
d'Espine 16.
Eulenburg 4. 690.
Ewald 228. 411. Beil. 14. 39.

Fabre 134. 184. 501.
Fabry 147. 734.
Falkson 302.
Fano u. Zanda 489.
Favilli 576.
Fawitzky 479.
Feibes 263.
Feilchenfeld 860. 895.
Feleki 974.
Feletti u. Grassi 717.

Felkin u. Gibson 592.
Fenwick 309. 494.
Ferrannini 196. 197. 441.
—— u. Rummo 195.
Ferrier 107.
Fiessinger 174. 183.
Filehne 130. 283.
Finkelnburg 498.
Finkler 213.
Finzi 931.
Fischer 186. 315. 460.
Flechsig 135.
Fleiner 562. 621.
Fleischer 640. 907.
Flesch 744.
Foà 478.
—— u. Carbone 478.
Foderà 538.
Foltanek 185.
Foote 956.
Forster 153.
Fournier 605.
Franck 619.
François 484.
Franke 191.
Fraenkel, Albert 487. 857.
—— B. 182. 204. 908.
—— C. 116.
—— u. Brieger 643.
—— u. Piefke 773.
—— E. 404. 730.
—— u. Kiderlen 533.
Fraentzel 25. 112. 228. Beil. 10.
—— u. Runkwitz 895.
Freudenthal 481.
v. Frey 246. Beil. 64.
—— u. Krehl 659.
Friedheim 584.
Friedmann 70.
Fubini 729.
Fuchs 444.
Fukala 929.
Fürbringer 170. 171. 549. 647. 781. Beil. 15. 42.

Gabbi 739.
Gairdner 273. 561.
Gallerani u. Stefani 754.
Gallinek 167.
Galvagni 513. 709.
—— u. Mazzotti 730.
Gans Beil. 58.
Garafolo 789.
Garel 681.
—— u. Dor 681.
Garré 338. 905.
Gärtner u. Ehrmann 460.
Garvens 802.
Gast 189.
Gaudin 932.
Gaume u. Roger 12.
Gauthier 960.
—— u. Legrand 42.
Gautier 878.
Gay 725.
Gebhard 795.
Geigel 92. 763.
Geisler 618.
Genersich 888.
Georges 902.
Geppert 614.
Gerber 141.
Gerhardt 52. 766.
Gerling 637.
Gessler 279.
Gibney 483. 589.
Gibson u. Felkin 592.
v. Gieson, Ira 461.
Gihon 56.
Gilbert 419.
Gilles de la Tourette u. Cathelineau 359. 622.
Gläser 345.
Glasgow 493.
Gleitsmann 351.
Glogauer 867.
Glower 958.
Glückziegel 496.
Gold 57.
Goldscheider 974.
Goldschmidt 748.
Golgi 470.
Gombault 223.
Gonda 929.
Gordinier 278.
Gottlieb 575.
Gottschalk 152.
Gottstein 248.
Graf 847.
Gräser 443.
Grasset u. Manquat 253.
Grassi u. Feletti 717.
Grawitz 86. 627.
Greeff 929.
Grödel 973.
Grosse 218.
Grossmann 138. 449. 821.
Grosz 863.
Grunmach 586.
Grusdew 92.
Guarneri u. Celli 490.
Guéniot 219.
Guinon 38. 933.
—— u. Achard 222.
Guiot 710.
Güntz 678.
Günzburg 913.
Gussenbauer 922.
Guttmann, P. 170. 228. 706.
—— S. 847.
—— u. Merke 457.
Guyon 779.
v. Gyurkovechky 208.

Hadden 711.
Häberlin 357.
Hagemann u. Strauss 201.
Hahn 24. 823.
Hajeh 824.
Halasz 89.
Hallopeau 55.
Hamburger 425.
Hammond 463.
Hanau u. Lünnig 184.
Hansemann 815.
Hansen 971.
—— u. Martius 117.
Hare u. Milligan 591.
—— u. Wood 762.
Harnack 123.
van der Harst 961.
Hartelius 551.
Hartge 711.
Hashimoto 677.
Haug 516.
Haun 275.
Haushalter 186.
—— u. Adam 316.
Havelburg 846.
Hayem 612.
—— u. Tissier 272.
—— u. Winter 530.
Hebert 263.
Heddaeus 595. 280.
Hefner 331.
Heidenhain 589.
Heider u. Paltauf 853.
Heim 57.
Heimann, Cäsar 207.
Heinlein 111.
Heinricius 437.
Heintz 123.
Heinz 631. 693.
Heissler 906.
Heitler 397.
Helbing 535.
Held 480.
Henoch 228. 329.
Henrijean 666.
Hermann 611.
—— u. Kusnezow 514.
Herter 100.
Hervieuse 217.
Herxheimer 458.
Herz 957.
Herzog 316. 763. 909.
Hess 995.
Heymann 306.
Hildebrandt 912.
Hiller 475.
Hinkel 366.
Hirsch 171. 671.
Hirschberg 186. 191. 277. 368.
Hirschberger 299. 419. 444.
Hirschl 793.
Hirschler u. Terray 839.
Hirt 96. 256.
His 860. Beil. 67.
Hitzig 78.
Hochhalt 887.
Hochsinger 639. 652. 769. 850.
Hoegyes 298.

Hoffmann, F. A. 521. 713.
v. Hofmann 933. 976.
Hofmeister 416.
Hofmokl Beil. 13.
Holeczek 276.
Holschewnikoff 759.
Holst 674.
Holz 620.
Honigmann 131.
Hoppe-Seyler 479.
Horsley 83. 676.
—— u. Semon 681.
Horwitz 239.
v. Hösslin 293. 347. 635. 755.
Howard 78.
Huber 845. 903.
Hueber 421.
Huchard 15.
Hughlings Jackson u. Beevor 638.
Huels 113.
Hunt 462.
Hunter 292.
Hürthle 658. Beil. 86.

Immermann Beil. 1. 28.
Imossi 536.
Imredy 864.
Ippolitoff 654.

Jacob Beil. 94.
v. Jaksch 483. 778.
Jendrassik 79.
Jessen 925.
Johannessen 901.
Jonas u. Benczur 492.
Joseph 77.
Judd 343.
Juffinger 319.
Juhel-Rénoy 285.
Jukna 692.
v. Jürgensen 41.

v. Kahlden 567.
Kahler 162. 580.
Kaiser 190.
Kalischer 171.
Kamen 731.
Kaempfer 97.
Kanthack 181. 182. 783.
Kaposi 22. 486. 976. Beil. 49.
Karlinski 137. 154. 422. 423. 532. 533. 955.
Kartulis 202. 845.
Kasem-Bek 660.
Kast 51. 393.
—— u. Baumann 393.
—— u. v. Recklinghausen 481.
Kästenbaum 45.
Katz 886.
Kauders u. Bettelheim 661.
Keller 732.
Ken Taniguti 69. 869.
Kerley 884.
Kerry 585.
Kersting 205.
Key Agot 311.
Kiderlen u. E. Fraenkel 533.
Killian 848.
Kirchberg u. Marchand 482.
Kirchner 392.
Kirsch 652.
Kirstein 379.
Kisch 217. 589. 693.
Kitasato 597. 817.
—— u. Weil 818. 955.
Kitt 955.
Kittel 206.
Kiwull 646.
Klebs 210. 397.
Kleeblatt 766.
Klein 480. 605.
Klemperer, F. 528. 534.
—— G. 327. 312. 473. 520. 790. Beil. 39. 71.
Klimesch 131.
Kloman 678.
Knoblauch 244.
Kny 201.
Kobert 677.
Kobler 800.
Köbner 259. 791. 805.
Koch, R. No. 47. Beil.; 895.
Kogerer 277.
Köhler u. Westphal 895.
Kohts 704.
Kollmann 61. 213.
v. Korányi 65. Beil. 19.
—— u. Tauszk 962.
Kormann 173.
Körner 502.
Koettnitz 355.
Kovacs 47.
Kowalski 515.
Kozlowski 972.
Krafft 69.
v. Krafft-Ebing 94. 240. 359. 360.
Kräpelin 445. 547.
Kraus 438. Beil. 71.
Krause 518.
Kredel u. Bruns 384.
Krehl 233. Beil 68.
—— u. Frey 659.
Kreider 404.
Kretz 931.
Kreuzeder 116.
Kröll 118.
Kromeyer 238. 807. 932.
Kronfeld 363. 788.
Krönig 141.
Kronthal u. Bernhardt 564.
Krüger 110.
Krull 255.
Kübler 618.
Kühn 397.
Kumpf 787.
Kundrat 397.
Kurloff 80.
v. Kurlow 283. 440.
Kürt 888. 959.
Kusnezow u. Hermam 514.
Küssner 445.
Kuttner 91.
Kutscherski 733.

Laaser 638.
Laborde 748.
Laboulbène 748.
Lacour 562.
Laker 846.
Lammert 391.
Lancereaux 389. 540. 950.
Landerer 797.
Landgraf 133. 307. 845.
Lange 486.
Langhans 921.
Langreuter 220.
Lannelongue 499.
Lapicque u. Sée 451. 699.
Laqueur 957.
Larat 253.
Lauch 749.
Lauenburg 972.
Laufenauer 257.
Laveran 363. 707.
Lawrie 790.
Lawson Tait 344. 633.
Lazarus Barlow 186.
Lebedeff u. Andrejew 451.
Leclerc 242.
Ledermann 386.
Legrand u. Gauthier 42.
Lehmann K. B. 635.
—— L. 155.
Lehr 909.
Leistikow 262.
Leloir u. Vidal 695.
Lemaire u. Lemoine 831.
Lemoine 605. 976.
—— u. Malfilatre 64.
—— u. Lemaire 831.
Lenhartz 619. 785 Beil. 39. 85.
Lenoir u. Tavernier 365.
Leo 126. 445. 598. 865.
Lépine 12.
Leppmann 791.
—— u. Ehrlich 925.
Leslie 675.
Lespinasse u. Auché 525.
Leu 39.
Leubuscher 736. 960. Beil. 82.
Leuch 833.
Leva 973.
Levy 149. 213.
—— E. 65. 403.
—— W. 895.
— u. Schrader 403.
Leyden 74. 111. 171. 228. 330. 397. Beil. 13.
Lexer 352.
Liebermeister 686.

v. Liebig 638. 761.
Lilienthal 146.
v. Limbeck 410.
Linden 300.
Lindenborn 80.
Linhart 152.
Linossier 302.
—— u. Roux 966.
Lipari u. Crisafulli 697.
Lissauer 383.
Littlejohn 562.
Lloyd u. Deaver 208.
Löb 460.
Löbisch u. Rokitansky 1.
Löffler 10. 613.
Lohmann 806.
Lorenz 188.
Löwenberg 876.
Löwenfeld 453. 510.
Löwenmeyer 654.
Löwenstein 170.
Lowinsky 369.
Löwit 193. 478.
Löwy 372.
Lubarsch 635.
Lubet-Barbon 41.
Lucas 905.
Ludwig 408.
Lukasiewicz 132.
Lukjanow 900.
Lünnig u. Hanau 184.
Lunz 519.
Lustig 337. 642.
Luzzato 857.
Lyon 860.

Maffucci 720.
Magnarapa 553.
Mairet 156.
Malachowski u. Röhmann 54.
Maleas 175.
Malécot 807.
Malfatti 134.
Malfilatre u. Lemoine 64.
Manchot 968.
Mandelstamm 500.
Mandry 263.
Mann 512.
Manquat u. Grasset 253.
Manz 150. 185.
Maragliano 288. 846.
—— u. Castellini 947.
Marchand u. Kirchberg 482.
Marchiafava u. Celli 717.
Marckwald 268.
Maréchaux 319.
Mariage u. Netter 956.
Marie 93. 629.
Marina 278.
Martin 403.
—— u. Déjérine 600.
Martinet 291.
Martius 219. 556. 639.
—— u. Hansemann 117.
Marx u. du Mesnil 318.
Massart u. Bordet 684.
Massazza 593.
Mastbaum 165.
Mastiunin 19.
Mauthner 702.
Maydl Beil. 20.
Mayer, G. 334. 390.
—— J. 873.
—— K. 462.
—— V. 21.
Mazzotti 269.
—— u. Galvagni 730.
M'Carthy 731.
M'Clure 535.
Meltzer 753.
Mendel 284. 527.
v. Mering 412.
—— u. Minkowsky 415.
—— u. Zuntz 287.
Merke u. Guttmann 457.
Mesnet 789.
Mesnil u. Marx 318.
Mester 385.
Metschnikoff 250.
Mettenheimer 563.
Metz 518.
Metzner 59.
Meunier u. Cadéac 692. 859.
Meyer 386.
—— A. 277. 290. 733.
—— George 228.
Meyerson 540.
Meynert 743.
Michael 237.
Michelson 464. 776.
Miller 928.
Milligan u. Hare 591.
Millot-Carpentier 58.
Minkowski 81.
—— u. v. Mering 415.
Minor 690.
Mircoli 37.
Mislawski u. Bechterew 642.
Miura 79.
Molinari 20.
Moly 534.
Moncorgé 242.
Moncorvo 500.
Moore 878.
Moravcsik 592.
Morgan 221.
Moscarelli 621.
Möser 485. 623. 764.
v. Mosetig-Moorhof 653.
Mosler 201. 233. 486. 694. 782. Beil. 22. 36. 47. 54.
Mosny 709.
Mossé u. Banal 303.
Mosso 479.
Motschutkovsky 650.
Mouisset 292.
Moure 848.
Moyer 359.
Müller, F. 114. 115. 326.
Müller, O. 616.
—— R. 945.
Munk, J. 48.
Münzer u. Singer 267.
Musser 972.

Nathanson 312. 929.
Nason u. Crooke 905.
Naunyn 543.
Nauwerk u. Barth 482.
Neftel 93. 280.
Netter 11. 146. 321. 846. 841.
—— u. Mariage 956.
Neudörfer 802.
Neuenkirchen 611.
Neuhaus 246.
Neumann, H. 323.
—— J. 362. 465. 520. 735.
—— (Königsberg) 478.
—— (Wien) Beil. 52.
Neusser 678.
Nicaise 192. 745.
Nicolay 218.
Niesel 233. 586.
Nissen 573. 819.
le Nobel 18.
Nocard u. Roux 970.
Nocht 576.
le Noir 907.
—— u. Besançon 960.
Nonne 583.
v. Noorden 481.
Nothnagel 171. 207. 838.
Nowack u. Bräutigam 121.
Nunes 547.

Obermeier 729.
Obolensky 690.
Occhipinti 619.
Öhlkers 486.
Ölkers 972.
v. Openchowski 73. 113.
Opitz 532.
Oppenheim 541.
Oppenheimer 699.
Orenstein 174.
Örtel 494.
Ortmann u. Samter 745.
Osler 22. 311.
Ostertag 395.
Osthoff 673.
Östreicher 95. 788.
Otto 156.

Pal 190. 441.
Paltauf u. Heider 853.
Pantlen 516.
de Paolis 376.
Parietti 282.
Paris 502.
Parisot u. Spillmann 590.
Pawinski 882.
Pawlowsky 250.
Peiper 89. 233. 637. 820. 862. Beil. 87.

Pel 584. 822.
Peltesohn 637.
Penzoldt 496. 608. 664.
Perles 32.
Pernice u. Alessi 885.
Perregaux 691.
Peters 280. 937.
Petersen 766. 931.
Peterson 243.
Petruschky 215.
v. Pettenkofer 470.
Peyer 233. 390. 727. 975.
Pfeiffer 651. 864. Beil. 74.
—— u. Brandl 868.
Pflüger 929.
Pfuhl 577.
Philippi 48.
Philips 590.
Picard 807.
Pick 151. 216. 296. 517. 748. 946.
Piefke u. C. Fraenkel 773.
Pieniazek 577.
Pilliet 922.
—— u. Brother 367.
Platania 618.
Plehn 279. 717.
Plumer 806.
Podwisozki 867.
Pölchen 409.
Polcher 789.
Pollak 752.
Pollatscheck 485. 792.
Polyak 203.
Ponfick 338.
Pope 911.
Posner 57. 458.
Pouchet u. Brouardel 109.
Poulet 48. 262.
Prausnitz 724.
Predöhl 730.
Presch 663.
Preston 246. 880.
Pribram 397.
Pringle 766.
Prior 843.
Proby 480.
Prochownick u. Späth 954.
Proskauer 222.
Proust 174.
Purjesz 958. Beil. 53.
Puritz 453.

Queisner 710.
Quincke 717. 886.

Rabow 80. 245. 631.
Rachford 485.
Rählmann 304.
Railton 77.
Rauzier 969.
Raymond 965.
v. Recklinghausen 759.
—— u. Kast 481.
Redard 863.
Redet u. Roux 971.
Redtenbacher 188.
Régnier 252.
Rehn 424.
Reichmann 89. 385.
Reimer 501.
Reimers 440.
Reinhold 448.
Reinke 554.
Remak 804. 830.
Rembold 796.
Renaut 739.
Rennert 256. 636.
Renvers 74. 170. 347.
Revilliod 76. 517.
v. Rey 245.
Rheimer 803.
Ribbert 209. 397.
Rice 388.
Richman 655.
Richter 748.
Riedel 42.
Rieder 46. 333. 359.
Riegel 685.
Riegler 655.
Riess 752.
Rifat 888.
Rille 147.
Rindfleisch 959.
Risse 264.
Robbers 317.
Robin 12. 180. 244.
—— u. Tessier 885.
Robinson 287.
Roger 353. 354.
—— u. Charrin 737.
—— u. Gaume 12.
Röhmann 503.
—— u. Malachowski 54.
Rohr 366.
Rohrer 503.
v. Rokitansky 1. 653.
Roller 189.
Romberg Beil. 66.
de Rosa 734.
Rosario 920.
Rose 804.
Roselieb 260.
Rosenbach 229. 717. 889. 951.
Rosenbaum 692.
Rosenberg 249. 491. 645.
Rosenbusch 130.
Rosenheim 76. 340. 758.
Rosenthal 288. 791.
—— C. 562.
—— N. 592.
—— O. 190.
Rosin 717.
Ross 260.
Rossbach 681.
Rossolimo 750.
Rothmann 262.
Rothziegel Beil. 92.
Rouvier 845.
Roux 608. 947.
Roux u. Linossier 966.
—— u. Nocard 970.
—— u. Redet 971.
—— u. Yersin 555.
Rovighi 259. 378.
Ruhemann 167.
Rummo u. Bordoni 508.
—— u. Ferrannini 195.
Rumpf 625.
Runeberg Beil. 25.
Runkwitz u. Fräntzel 895.
Rusche 134.
Russo Travali u. de Blasi 919.
Rydygier u. Jaworski 47.

Sachs 167. 670.
Sacharjin 780. 821.
Sajkovic 203.
Salebert u. Boinet 559.
Salkowski 923.
Samter u. Ortmann 745.
Sanarelli 964.
Sanchez-Toledo 105.
Sandmann 853.
Sandwith 907.
Sänger u. Sick 765.
Sanson 604.
Santi 119.
Santi Sirena 707.
Savill u. Bennett 63.
Scalji 209.
v. Schab 152.
Schäfer 293.
Schaffer 78.
Schäffer 364.
Schapringer 637. 929.
Schattenberg 482.
Schede Beil. 6. 28.
Scheele 787.
Scheibe 958.
Scheiber 912.
Schellong 485. 679.
Sckickhardt 547.
Schilling 72.
Schmaltz 578.
Schmaus 975.
Schmid Beil. 75.
Schmidt 130. 166.
Schmidt-Mühlheim 827.
Schmitz 974.
Schmorl 959.
Schneidemühl 975.
Schneider 676.
Schott Beil. 84.
Schrader u. Levy 403.
v. Schrenk-Notzing 167.
Schrötter 586.
Schultze 405. 764.
Schulz 832.
Schuster 235. 295. 364.
Schütter 512.
Schütz 735.
Schwab 604.
Schwabach 183.

Schwalbe 325. 557. 859.
Schwarz, E. 601.
Schwimmer 930. Beil. 48.
Sciamanna u. Torti 619.
Sée 927.
—— u. Lapique 451. 699.
Sehrwaldt 729.
Seibert 827.
Seidel 120.
Seidler 804.
Seifert 49. 261.
Semmola 277.
Semon u. Horsley 681.
Senator 119. 333. 886. 912. Beil. 28. 46.
Shurly 790.
Sick u. Sänger 765.
Siemerling 317.
Sigaud 44.
Silbermann 194.
Singer u. Münzer 267.
Sjoström 203.
Sisley 561.
Sittmann u. Buchner 524.
Smirnoff 77.
Smith 74. 343.
Socor 517.
Sokolowski 118. 184. 881. 949.
Sollier u. Cuffer 242.
Sommer 592.
Sonntag 819.
Sormanni 25. 114. 707.
Souza-Leite 607.
Späth 61 933.
—— u. Prochownick 954.
Speck 572.
Sperling 805.
Spillmann u. Parisot 590.
Stadelmann 474. 772. Beil. 68.
Stadthagen u. A. Baginsky 643.
Stark 187.
Starr 84. 622.
Stefani u. Gallerani 754.
Steiff 869.
Steiner 116. 382.
Steinhaus 135.
Steinheil 794.
Steinthal 711.
Stembo 179.
Stephan 166.
Stepp 654.
Stern 130. 237. 305. 411. Beil. 35.
—— u. Adler 530.
Sternberg Beil. 17.
Stierlin 341.
Stille-Klienworth 132.
Stiller 655.
Stilling 546.
Stillmark 665.
Stintzing 402. 757.
Stirl 420.
Stolte 294.
Storch Beil. 17.
Strahler 171.
Strassmann, A. 749.
—— F. 526.
—— P. 672.
Straus 105. 419.
Strauss u. Hagenau 201.
Strümpell 231. 294. 295. 360.
Suter 14.
Szadek 694. 695.
Szegö 58.
Szesary 532.
Szohner 887.

Talma 140. 667.
Tangl 9.
Tappeiner 503. 505.
Tarnowsky, B. 933.
—— Pauline 567.
Tauszk u. Korányi 962.
Tavernier u. Lenoir 365.
Tchistovitch 439.
Tedeschi 91.
Terray u. Hirschler 839.
Terrillon 205.
Tessier u. Robin 885.
Thoma 37.
Thomas 850.
Thomson 356. 765.
Tiraboschi 730.
Tissier u. Hayem 272.
Tizzoni 538.
—— u. Cattani 708.
Tölken 830.
Tombolan-Fava 146.
Toralbo 19.
Torsellini 341.
Torti u. Sciamanna 619.
Touton 364.
Townsend u. Coolidge 42.
Tranjen 233.
Treves 728.
Tripier 956.
Troisier 219.
Troje 502.
Trudeau 460.
Tschlenoff 60.
de Tullio 145.

Uhthoff 358.
Unna 536. 565. 855. Beil. 44.
Unverricht 677.
Urbantschitsch 936.

Vaillard 363.
Vamos 603.
Variot 831.
Verneuil 668. 816.
Verstraeten 708.
di Vestea 159.
—— u. Zagari 36.
Vidal 120.
—— u. Chantemesse 20. 281.
—— u. Leloir 695.
Vierhuff 603.
Vierordt 224. 759. 848.
Viti 148. 731.
Vogl 882.
Vogt 406.
Voit u. Buchner 524.
Völkers 20.
Vonwiller 183.

Wagner 92.
Wallach 672.
Waltson 786.
Washburn 786.
Wassilieff 636.
Waterhouse 775.
v. Watraszewski 408.
Watson Cheyne 591.
Watt Kerr 461.
Waetzoldt 809.
Weber Beil. 28. 53.
Weichel 352.
Weichselbaum 211.
Weigert 88.
Weil u. Kitasato 818. 955.
Weir-Mitchell u. Burr 974.
Weiss 675. 688. 807.
Welander 651.
Wernicke 284. Beil. 55.
Wertheimber 590.
Werther 297. 421.
Wesener 568.
Westphal 43. 546.
—— u. Köhler 895.
Westphalen 910.
Weyl 276.
White 624.
Williams 746.
Wiltschur 215.
Winter Beil. 20.
——u. Hayem 530.
Winternitz 595. 884. Beil. 38. 88.
Wolff 179. 870.
Wolfner 186.
Wood 854.
—— u. Hare 762.
Wright 443. 588.
Wurtz u. Bourges 956.

Yersin u. Roux 555.
Ymagiva 860.

Zacchi 732.
Zacher 149.
Zagari 722.
—— u. di Vestea 36.
Zanda u. Fano 489.
Zarniko 533.
Zehnder 816.
Zenker 878.
Ziehen 963.
Ziem 191.
v. Ziemssen 509. 808. 820. 856. Beil. 15. 33. 55.
Zuntz 851.

Sachverzeichnis.

Abducenslähmung, rheumatische. Heilung 315.
Abweichungen vom Physiologischen, beim Leben in den Tropen 867.
Acetylphenylhydrazin, der Harn bei Vergiftung mit 131.
Acidum trichloraceticum, bei Krankheiten der Nase und des Rachens 751.
Acne, Ätiologie und Behandlung der 277.
—— frontalis, zur Kenntnis der 151.
Addison'sche Krankheit 786.
—— —— Beziehungen der Nebennierenerkrankungen zur 540.
—— —— zur Pathologie der 562. 621.
Adenoma sebaceum congenitale 766.
Adstringentien, die Wirkung der 123.
Adstringirende Wirkung, über den Begriff der 123.
Ägypten als klimatischer Kurort 368.
Akromegalie 93. 405. 607. 759. 960.
Aktinomykose beim Menschen 480.
—— des Gehirns 732.
—— zur Kasuistik der, des Menschen 184.
Albumine bei Anämie 576.
Albuminurie bei blühender Gesundheit 786.
—— zur Frage der physiologischen 134.
Alkalien, Einfluss der, auf den menschlichen Stoffwechsel 872. Beil. 68.
—— über den Einfluss der, auf die Oxydation im Organismus 69.
Alkohol u. Kreosot als Stomachica 790.
Alkoholneuritis, path. Anatomie der multiplen 765.
Alkoholparalyse, ein Fall von, mit centralem Befunde 78.
Alopecia areata, Kombination von, mit Vitiligo 119.
Alopecie, über die Natur der, und Behandlung mit antisept. Mitteln 55.
Alterspuls, sphygmographische Studien über 578.
Amaurose, zur Kenntnis der transitorischen, bei Bleiintoxikation 276.
Ammoniakgaseinführung in den Darm, physiol. Wirkung der 594.
Amöben als Schmarotzer im Dickdarm 19.
Amylnitrit bei Herzfehlern 588.
Amyloidfärbung, eine neue 74.
Amyotrophische subakute Spinallähmung 690.
Anaërobe, zur Kenntnis der 818.
Analgetica, über neue 243.
Anämie, perniciöse, Fehler der Blutkörperchenbildung bei 959.
—— —— Urinuntersuchungen bei 292.
—— zur Ätiologie der perniciösen 114.
Aneurysma, ein Fall von, eines Pulmonalarterienastes 186.
—— aortae 46.
Aneurysmen, über die Entstehung der wahren 968.
—— zur Ätiologie der, der Pars membran. septi ventr. cordis 480.
Angina phlegmonosa, über die Lokalisation der 454.
—— skarlatinöse, bakteriologische Untersuchungen 956.
—— zur ulcerösen, bei Typhus abdom. 183.
Angiosarkoma pericardii, ein Fall von 188.
Anleitung zu chem. diagnost. Untersuchungen am Krankenbette 503.
—— zum chem. Arbeiten für Studirende der Medicin 503.
Anthropologische Studien an Prostituirten und Diebinnen 567.
Antibakterielle Wirkung einiger Anilinfarbstoffe 664.
Antifebrin, zur therapeutischen Verwendung des 79.
Antifebrinvergiftung 80. 711.
—— ein Fall von 319.
Antimon bei Entzündung 790.
Antipyreselehre, aus dem Gebiet der 752.
Antipyretische Versuche 677.
Antipyrinbehandlung des hektischen Fiebers 277.
Antiseptische Wirkung der Essenzen, experim. Untersuchungen über 106.
—— —— der Salzsäure 197.
—— —— des Sublimat in kl. Mengen 299.
Aorta, ein Fall von intrapericard. Zerreißung der 57.

Aortenaneurysma im aufsteigenden Theile 561.
—— Perforation eines, in die Vena cava 561.
—— syphilitisches 672.
Aortenaneurysmen, zur Anatomie der 111.
Aortenklappeninsufficienz, zur Klinik der 557.
Aortenstenose, Fall von kongenitaler 652.
Aortensystem, ein Fall von angeborener Enge des 111.
Aphasie, Beiträge zur Lehre von der 407.
—— durch Gehirnabscess 765.
—— über die Pathologie der sensorischen 84.
—— und Geisteskrankheit Beil. 55.
Arbeiten aus der 1. med. Klinik zu Berlin 95.
Aristol 536. 932.
Arseniklähmung, ein Fall von 47.
Arsenikvergiftung, einige Symptome von akuter und chronischer 109.
Arteria hepatica, Ligatur der 585.
Arteriengeräusche, Beitrag zum Studium der abdominellen 259.
Arzneianwendung, laryngeale und tracheale, in der Thiermedicin 975.
Ärztliches Vereinswesen in Deutschland 847.
Astasie u. Abasie, über, ein Beitrag zur Hysterie 149.
Athemprocess, Einfluss der Muskulthätigkeit auf den 572.
Athétose double, zwei Fälle von 367.
Athmung, Selbststeuerung der 753.
Athmungscentrum, über das, und seine Beziehung zum Kehlkopf 449.
Athmungsgeräusch, Fortpflanzung des, über die Magengegend 739.
Atlasankylose u. Epilepsie 592.
Atresie, ein Fall von kongenitaler, der Arteria pulmonalis 92.
Auge, über die Wirkung des konstanten Stromes auf das normale 295.
Augenaffektionen nach Influenza 517.
Augenblicksdiagnosen, über, in der Nervenpathologie 382.
Augenmuskellähmungen, zur Lehre von der chronischen progressiven 447.
—— zur Lehre von den nucleären 387.
Augenreizung durch chronische Rhinitis 932.
Augenstörungen in Folge von Taenia 710.
—— über die bei multipler Herdsklerose vorkommenden 358.
Autographismus über 789.

Bacillen, über die Eiweißzersetzung durch die 585.
Bac. enteritidis Gärtner 533.
—— Friedländer's in 2 eitrigen pleur. Exsudaten 840.
Bacterium coli commune und Typhus 971.
Bäderlexikon 135.
Bakterien, Beizung u. Färbung der Geißeln bei 613.
Bakterien, über das Verhalten einiger pathog. im Trinkwasser 137.
—— über den Gehalt des Beckens an 440.
—— über die Einwirkung gesättigter Kochsalzlösungen auf pathogene 153.
—— Wachsthumsverhältnisse von, im keimfreien Eiter 955.
—— Wirkung des Blutserums auf pathogene 737.
—— —— des menschl. Blutes auf pathogene Beil. 95.
Bakterienfeindliche Wirkungen des Blutes und des Blutserums 524.
Bakteriengifte, Untersuchungen über 643.
Bakterientödtender Einfluss über den, des Blutes 524.
Bakteriologie, Transformismus in der 507.
Bakteriologische Studien bei der Städtedesinfektion in Rio 846.
—— Untersuchungen aus dem Laboratorium in Weltevreden 375.
—— —— bei Pleuritis purulenta 840.
Bakteriologischer Beitrag zur Ätiologie der Pneumonien im Kindesalter 323.
Bakteriologisches über Otitis media 403.
Balanitis über eine neue Varietät der 389.
Bandwurmmittel über neue 142.
Basedow'sche Krankheit, Ernährung bei 622.
Bauchhöhle, Beitrag zur Chirurgie der 254.
Bergkrankheit, die 761.
Bericht von der inneren Abtheilung des Katharinenhospitals in Stuttgart 604.
Beruhigende Mittel, über einige, bei Geisteskranken 117.
Beruht die nach Phosphorvergiftung eintretende Fettleber auf einer Fettinfiltration oder Fettmetamorphose? 312.
Blasenkatarrh, zur Therapie des chronischen 246.
Blasentumor bei einer Frau 205.
Bleichsucht, ein Fall von, mit ausgedehnten Venenthrombosen 113.
Bleielimination, aus dem Organismus vermittels Massage 91.
Bleilähmung, über die mechanische Behandlung der 483.
Bleivergiftung, zur Therapie der chronischen 277.
Blennorrhagie, Abortivbehandlung der 807.
Blut, über die Alkalescenz des 438.
—— über die bakterientödtenden Eigenschaften des 635.
Blutdruck, Beziehungen des, zur Frequenz des Herzschlages 538.
—— und Pulsgröße im lauen Bade Beil. 94.
Blutentziehung 780.
Blutfarbstoff, der Übergang von, in die Galle bei Vergiftungen 340.
Blutgefäßbreite, die Unregelmäßigkeit der 186.

Blutgerinnung, über das Auftreten multipler intravitaler, nach akuter Intoxikation durch chlorsaure Salze, Phosphor 194.
—— über die Beziehung der weißen Blutkörperchen zur 478.
Blutkörperchen, Bewegungsphänomene an rothen, bei Anämie Beil. 78.
—— Struktur der rothen, der Säugethiere 478.
—— über die Stellung der, im Blutstrom 553.
—— über Hämoglobingehalt und Menge der rothen, bei anämischen Zuständen 961.
—— Zählungen und Hämoglobinbestimmungen bei Kindern 341.
Blutparasiten, über die, der Malaria 363.
Blutplättchen, über die Präexistenz der 193.
Blutserum, über die bakterientödtende Wirkung des 103.
Blutsverwandtschaft, über die Rolle der, bei Epilepsie, Hysterie, Idiotie und Schwäche 24.
Börner's Reichsmedicinalkalender 847.
Borsäure, Giftigkeit der 976.
Bromkalium, ein Antidot des Jodoforms bez. des Jods 165.
Bromoform gegen Keuchhusten 654.
Brompräparate, über den Einfluss der, auf die Menstruation 130.
Bronchektatische Sputa, zur Chemie der 1.
Bronchialmuskulatur, Physiologie der 852.
Bronchitis u. Bronchiektasie, über die feineren Veränderungen bei 460.
Bronchopneumonie, erysipelatöse 709.
Brustmuskeln, der angeborene und erworbene Defekt der 402.
Bulbärparalyse (glosso-labio-pharyng.) 534.
—— ein Fall von progressiver, mit ungewöhnlichem Ausgang 448.
Bulimie, über 126.

Canabis indica bei Neurosen und gastrischen Dyspepsien 927.
Carcinomatöse Strictur des Ileum 653.
Carcinome, über eigenartige parasit. Organismen in den Epithelzellen der 37.
Carcinose, akute 960.
Cascarae sagradae Extr., einige Bemerkungen über das, als Abführmittel 130.
Cerebellar-Abscess 591.
Cerebrospinal-Meningitis mit Verminderung 733.
Cervicalmark, über Lokalisation in 406.
Chamberland-Pasteur'sche Filter 618.
Charcot-Vigouroux'sches Symptom, über den diagnost. Werth des, bei Basedow'scher Krankheit 4.
Chininamaurose 263. 789.
Chininninjektionen intravenöse 799.
—— und seltene Nebenwirkung derselben 791.
Chininvergiftung, einige schwere Formen von 463.
Chirurgie und Operationslehre, Lehrbuch der 936.
Chloralamid als Hypnoticum 791.
—— die Wirkung des, auf Kreislauf und Athmung 287.
—— hypnotische Wirkung des 888.
—— über 201.
—— über, als Schlafmittel 89.
—— über, ein neues Hypnoticum 245.
—— zur klinischen Würdigung des 287.
Chloralformamid, ein neues Schlafmittel 201.
Chlorkalk, desinficirende Eigenschaft des 819.
Chloroform, die tödliche Nachwirkung des 395.
Chloroformtod, Ursache des 762.
Chlorose, klinischer Vortrag über 162.
Chlorsaures Kali, Vergiftung mit 639.
Cholera, Übertragung auf den Fötus 920.
—— infantum 647.
Cholerabacillus (Koch), über die Resistenz des 707.
Cholerabakterien in Fäces 955.
Chorea 974.
—— Beiträge zur Pathologie der 167.
—— Erwachsener mit Endocarditis recurrens 218.
—— protrahirte, schwere, behandelt mit verlängertem Schlaf 273.
—— schwere, Bemerkungen über die Behandlung der, mit protrahirtem Schlaf 273.
—— gravidarum, über 167.
—— minor congenita bei Idiotismus 359.
Chromsäure, Intoxikation 624.
Cirkulation und Respiration, über den Einfluss der Bauchfüllung auf 437.
Cirrhose, über, der Leber, bei tuberkulösen Alkoholikern 162.
Cladothrix, über eine neue pathogene Beil. 75.
Cocainepilepsie, über 207.
Cocain. muriat., die toxische Wirkung des 118.
Coccidien, Gegenwart von, in Hühnereiern 867.
Codeïn als Narcoticum 800.
—— über 654.
Coma diabeticum, Klinisches und Experimentelles über das 474.
Condurangin, über 692.
Creolin, über die Giftigkeit des 901.
—— Vergiftung durch Einathmen von 132.
Creolinvergiftung, ein Fall von, beim Menschen 165.
—— über 463.
Crises gastriques tabétiques mit kaffeesatzartigem Erbrechen 62.
Cutis laxa, über 49.
Cyanose congenitale 500.
Cyste an der rechten unteren Nasenmuschel 676.

Cystinurie, Beiträge zur Kenntnis der 354.
—— über 845.
Cystitis als Komplikation des Diabetes 974.
Cystoskopische Untersuchung bei dunkeln Blasenkrankheiten 309.

Darmantisepsis, über Beil. 72.
Darmbakterien, über giftige Produkte saprogener 643.
Darmfäulnis, Beeinflussung der, durch Arzneimittel 869.
Darminnervation, über centrale und periphere 642.
Darmkanal, ein Versuch zur Physiologie des 611.
Darmperforationen, Klin. u. Statistisches 636.
Darmresorption, Beeinflussung der, durch Arzneimittel Beil. 82.
Darmsaftgewinnung, über, beim Menschen 60.
Darmschwäche, über die therap. Wichtigkeit der Bauchmassage bei 144.
Darmverschluss, Behandlung des, mit Elektricität 253.
—— über 347.
Defekt, Fall von angeborenem, der Brustmuskeln mit Flughautbildung 384.
Delirium tremens, über 743.
Dengue, Identität der, mit Influenza 845.
—— zur Frage über das 174.
Denguefieber 417.
—— Beitrag zur Kenntnis des 417.
—— im Jahre 1889 174.
—— in Konstantinopel 174.
—— in Syrien 127.
—— und Influenza 174. 907.
Dentition, Einfluss der ersten, auf Masern 183.
Desinfektion der Latrinen mit Kalk 577.
Desinficirende Mittel und Methoden 614.
Deviation conjugée, ein Fall von permanenter 63.
Dextrocardie, über angeborene 586.
—— über einen Fall von 586.
Diabetes, über den Hunger- 416.
—— insipidus, ein Fall von 43.
—— mellitus 412. 502. 873.
—— —— bei einem 5jährigen Kinde 485.
—— —— bei Kindern 305.
—— —— der Alkohol in der Diät des 485.
—— —— die diätetische Behandlung des 543.
—— —— ein Fall von, bei einem 3jährigen Kinde 276.
—— —— nach Pankreasexstirpation 414.
—— —— über das Verhalten der Magenfunktionen bei Beil. 58.
—— —— über 3 Fälle von 93.
—— —— syphiliticus zur Kasuistik des 336.
Diabetische primäre Ostitis des Warzenfortsatzes 502.
Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden 224.
Diarrhoe, tropische, Pathologie u. Therapie 949.
Diastatische Kraft des Mundspeichels bei Magenkranken 710.
Diastole, Aktivität der 754.
Diät bei Marienbader Entfettungskur 693.
Diathese, kongestive venöse 242.
Diazoreaktion im Urin 857.
Diffusion und Resorption 625.
Diphtherie, allgemeine 929.
—— Ätiologie der 970.
—— Beitrag zum Studium der 555.
—— über 704.
—— über die Behandlung der, mit saurer Sublimatlösung 256.
—— über die Einwirkung der, auf das Herz 198.
Diphtheriebacillus, zur Kenntnis des 533.
—— mit Erythema exsudat. multiforme 589.
—— zur Therapie der 166.
Diphtheritisbehandlung, experimentelle Untersuchungen über die 20.
Diplococcus pneumoniae (Fraenkel) zur Lokalisation des 745.
Dithiosalicylsaures Natron II, über 80.
Divertikel, hochgradiges, der Speiseröhre 60.
Drainage einer Lungenkaverne 747.
Dünndarm, 5 Fälle von Carcinom des 260.
Dünndarmverdauung beim Menschen 756.
Duodenalruptur in Folge von Trauma 148.
Dysenterie, Fall von schwerer 764.
—— Kontagiosität der 605.
Dyspepsie, Behandlung der gastrischen 902.
—— Beitrag zur nervösen 763.
Dysphagie, über, durch Anschwellung der Bronchialdrüsen 59.

Echinococcusblasen, Transplantation von 451.
Eingeweide-Syphilis 272.
Eisenausscheidung durch den Harn 575.
Eiseninjektionen, subkut., bei Nervenleiden 592.
Eiterungen, die Ätiologie der akuten 135.
Eiterungslehre, die Entwicklung der 86.
Eitrige Entzündung, die histol. Veränderungen bei 627.
—— Schmelzung der Gewebe beruht auf verhinderter Fibringerinnung 627.
Eiweiß, über den Einfluss des, auf die Verdauung der stickstofffreien Nährstoffe 340.
Eiweißgehalt pathol. Flüssigkeiten 762.
Eiweißverdauung bei Fehlen von Salzsäure beim Carcinom 196.
Ekzem, Natur und Behandlung des 855.
Elektrotechnik für Ärzte 767.
Embolie, ein Fall von, der Art. radialis 76.
Emphysem, subkutanes, des Gesichts bei schwerer Diphtherie 134.
Emphysema pulmonale nach Nasenverschluss 885.

Empyeme, die Behandlung der (Referat) Beil. 1.
—— zur Behandlung der (Korreferat) Beil. 6.
—— zur Kasuistik und Behandlung der 74.
Encephalitis, über primäre akute 294.
—— zur Histologie und Formeneintheilung der akuten, nicht eitrigen, genuinen 70.
Enchondrom, ein Fall von, mit ungewöhnlicher Multiplikation 481.
Endocarditis, tuberkulöse 956.
—— ulcerosa bei Diplokokken-Pneumonie 146.
Endoskopie, zur, ein leichtes Verfahren, ohne kostspieligen Apparat 152.
Engelskjön'sche Methode, Werth der 691.
Entzündungsbegriff, über den 478.
Entzündungstheorie, die Virchow'sche, und die Eiterungslehre 88.
Enuresis nocturna, über die Ursachen u. Behandlung schwerer hartnäckiger Fälle von 390.
Epidermis, über eigenthümliche Fasern in der, u. im Epithel gewisser Schleimhäute 458.
Epilepsie, ein Fall von partieller 189.
—— nach Magenkatarrh u. Dilatation 732.
—— nasalen Ursprungs 750.
—— prokursive 136. 156.
—— zur Klinik der 599.
Epilepsien, zur Kasuistik der traumatischen 46.
Epithel, Deutung der Herxheimer'schen Fasern im 807.
Epithelkrebse, über asymmetrische Zelltheilung in 815.
Erbrechen, Ätiologie und Behandlung des unstillbaren, bei Schwangeren 219.
Erden und ihre Harnsäurelöslichkeit 155.
Erysipel, Behandlung des, mittels permanenten Wasserbades 804.
—— des Kehlkopfes 637.
—— Übergang auf die Lungen 748.
—— zur Heilwirkung des, bei malignen Tumoren 766.
—— zur Wirkung des, auf bösartige Geschwülste 352.
Erysipelas, zur Pathologie und Therapie des 144.
—— zur Therapie des 118.
—— migrans, zur Behandlung des 562.
Erysipelpneumonie 748.
Erysipelstreptococcus, vaccinale Eigenthümlichkeit des 376.
Erythema, blennorrhagisches 590.
Erythromegalie, Fall von 535.
Exalgin 631.
—— analgesirende Wirkung des 752.
—— Bemerkungen über 243.
—— u. Methacetin 631.
Exhalationsluft bei Kranken 697.

Fäces, Sterilisation der 956.
Facialisneuralgie 675.
Faradische Erregbarkeit, über den Leitungswiderstand der 512.
Favus, Klinisches und Ätiologisches über 147.
—— herpeticus 734.
Ferrocyankalium, Wirkungen des 971.
Fett, Resorption verschiedener aus dem Darmkanale 723.
Fibrilläre Struktur u. Kontraktilität 570.
Fibroma molluscum 677.
Fieber, Pathogenie 666.
—— über das Verhalten des arter. Blutdruckes im 385.
—— über den Einfluss der gesteigerten Körperwärme im 378.
—— Verhalten der Gefäße im, und bei Antipyrese 846.
—— zur Lehre vom, beim Scharlach 501.
Fieberbehandlung und Blutalkalescenz Beil. 71.
Fieberhafter Ikterus, zur Kenntnis des 422.
Fiebermittel, über ein neues 677.
Fleischvergiftungen, die, von Angelfingen und Kloten 14.
Fliegenlarven, Erbrechen von 912.
—— lebende, im Magen 912.
Fluornatrium, 2. Mittheilung über die Wirkungen des 505.
Fluorwasserstoffsäure-Inhalation bei Phthisis pulm. 484.
Fremdkörper in den Luftwegen 531.
Friedreich'sche Ataxie 649.
Furunkulose bei Diabetes insipidus 369.
—— u. Polyurie 590.

Galle, Einfluss der Alkalien auf die Zusammensetzung der 573.
—— Einfluss der, auf das Bauchfell 274.
Gallenblase, Zerstörung der 828.
Gallenblasencarcinom, primäres 871.
Gallenfarbstoff, über ein dichroitisches Oxydat.-Produkt des 18.
Gallenfistel, einziger Fall von 531.
Gallenfluss nach Leberabscess-Eröffnung 829.
Gallensteine, diagn. Schwierigkeiten bei 688.
Galoppr hythmus, über den Carotiden- 513.
—— über den Halsarterien- 709.
Ganglien, infracorticale, Beziehungen der, zum epileptischen Anfall 963.
Gangrän, zwei Fälle von embolischer, der unteren Extremitäten 185.
Gasolin, Vergiftung mit 695.
Gastritis, die, der Phthisiker, vom pathol.-anat. Standpunkte 325.
—— emphysematosa, über einen Fall von 404.
Gastroenterostomie, ein Fall von 47.
Gastrostomie, über, bei Krebsstenose des Ösophagus 192.
Gasvergiftung 678.
Gaswechsel, über den Einfluss der Abkühlung auf den, des Menschen 372.

Gaumen, zur Pathologie des weichen. I. Hysterische Gaumensegellähmung 114. II. Pulsation d. Gaumens bei Aorteninsufficienz 115.
Gefäßreaktion, eine eigenthümliche, in der Haut Beil. 88.
Gehirn, Regeneration von Wunden des 964.
—— über cystöse Degeneration des 748.
Gehirnerkrankung in Folge von Enchondrom 789.
Gehirnpulsationen 619.
Gehirntumor, ein Fall von 331.
Geistesgestörtheit in Folge von Kothstauung 359.
Geisteskrankheit, Einfluss der Influenza auf 518.
—— Fall von, nach Influenza 518.
—— über, nach Influenza 517.
Geistesstörung, zur Klinik u. Kasuistik der traumatischen 749.
Gelenkenden, Empfindlichkeit der 974.
Geschichte der Seuchen-, Hungers- und Kriegsnoth zur Zeit des 30jährigen Krieges 391.
Geschlechtskrankheiten, Behandlung in Krankenkassen u. Heilanstalten 935.
Geschwülste, über, des 4. Ventrikels 77.
Gesichtsatrophie, ein Fall v. einseitiger 44.
Gicht, die, u. ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen 390.
—— 2 Beobachtungen v. anormaler 164.
Glykogen in pathologischen Neubildungen und den menschlichen Eihäuten 921.
—— zeitlicher Verlauf der Ablagerung und des Verschwindens 724.
Gonorrhoe, über die Injektionsbehandlung der akuten 584.
Greisenkrankheiten, die Pathogenese, Komplikationen und Therapie der 120.
Grippe, die klinischen Formen der, in Paris im Decbr. 1889 u. Jan. 1890 225.
—— Epidemie in Gent 708.
—— über den Einfluss der, auf den Verlauf der Phthise 215.
Großhirnrinde, Physiologie der von der, ausgelösten Bewegungen und Krämpfe 962.
Grundriss der klinischen Diagnostik 520.
Guaco, über die Wirkung des 243.

Haarzunge, ein Beitrag zur Pathologie der sog. schwarzen 205.
Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken 560.
Halsneurosen, zwei seltene Fälle von 351.
Hämatin u. Eisenausscheidung bei Chlorose 755.
Hämoglobinämie, ein Fall von rasch tödlicher, nach Verbrennung 314.
Hämoglobingehalt u. Menge der rothen Blutk. bei anäm. Zust. 961.
Hämoglobinurie, ein Fall von paroxysmaler 23.
Hämophilie, Fall von 801.
—— zur Kenntnis der 186.
Hämoptysen, Bemerkungen über nicht tuberkulöse u. cardiale, bei älteren Leuten 272.
Hämorrhagie, ein interessanter Fall von vikariirender 461.
Hämorrhagien bei Lipomatösen 217.
Handbuch der Ohrenheilkunde für Ärzte u. Studirende von Kirchner 392.
Harn, quantitative Eiweißbestimmung im 618.
—— über die pilztödtende Wirkung des frischen 635.
Harncylinder, ungewöhnliche Form 635.
Harnsand, über kieselsauren Beil. 74.
Harnsäure, eine neue Reaktion auf 249.
Harnsäure-Ausscheidung, über die Größe der, u. den Einfluss der Alkalien auf dieselbe 68.
Harnsäurebildung, Einfluss der Diät auf die 330.
Harnstoffausscheidung, über den Einfluss der Muskelarbeit auf 609.
Harnuntersuchung, klinische, bei Variola 180.
Haut, über die insensible Perspiration der Beil. 44.
Heilmittel, Warnung vor neuen 751.
Heiße Lufteinathmung, über, u. Mittel zur Bestimmung der Lungentemperatur 159.
—— —— welchen Einfluss übt, auf die Temperatur der Lunge 729.
—— Luftinhalation bei Lungentuberkulose 460.
Heißluftapparat (Weigert) 790.
—— Beobachtungen bei Anwendung des Weigert'schen 485.
Heißluftbehandlung (Weigert) bei Larynxphthise 887.
Hemianopsie, basale 804.
—— laterale über einen Fall von 44.
Hemimelie, ein Fall von 831.
Hemiplegie bei einigen nerv. Affektionen 777.
—— zur Kenntnis der cerebralen 284.
Hepatitis, interstitielle, bei chron. Peritonitis 514. 674.
—— suppurativa u. ihr Verhältnis zur Cholelithiasis 92.
Hernien, abdomin., bei Erkrankung der oberen Luftwege 481.
Herpes Zoster längs der Hautgebiete der Arterien 651.
Herz, Achsendrehungen des 586.
—— kongenitale Missbildung des, ohne Cyanose 587.
—— das Verhalten der Kittsubstanz der Muskelzellbalken im 571.
—— die Auskultation des kindlichen 639.
—— Lues des 821.
—— neue organische Krankheit des 739.
—— über das bewegliche 216.
—— über den Einfluss der Galvanisirung des menschlichen, auf d. Blutdruck 140.

Herz, über die Hypertrophie u. das physiol. Wachsthum des 9.
—— über Massage des 494.
—— Verlangsamung der Schlagfolge des 685.
—— zur akuten Überanstrengung des Beil. 84.
Herzaffektionen bei Malaria 969.
Herzanomalie bei einem 3 Monate alten Kinde 76.
Herzbeschwerden, die, klimakt. Frauen 598.
Herzerkrankungen, Beiträge zur Kenntnis der idiopath., in Folge von Überanstrengung 203.
Herzfehlerzellen, über 619.
Herzhälften, kongenitale, Kommunikation der beiden 58.
Herzinnervation, Beiträge zur Beil. 66.
Herzkammer, das Verhalten der linken, bei Mitralstenose Beil. 85.
Herzklappenfehler, über die wahren Kompensationen der 558.
Herzkrankheit, ein Fall von angeborener 58.
Herzmuskel, Fettdegeneration des 291.
Herzmuskulatur, Veränderungen der, bei Klappenfehlern Beil. 68.
Herzruptur, zur Kenntnis der spontanen 290.
Herzstörungen, nervöse 973.
Herzstoß, Insufficienz der Aortenklappen ohne 556.
—— über die diagn. Verwerthung des 556.
—— zur Kenntnis d. pathol. Abweichungen des 140.
Herzton, über die Entstehung des ersten 660.
Hirnabscess nach Mittelohreiterung 591.
—— -Operation — Tod am 9. Tage 264.
Hirnbalken-Durchschneidung, Folgen der 657.
Hirnbefund, über einen interessanten, bei einer epilept. Idiotin 149.
Hirnhernien, 2 Fälle von multiplen 832.
Hirnlokalisation 564.
—— in praktischer Hinsicht 107.
Hirnrinde, die Funktionen der motor. Region der 83.
Hirnsyphilis, Beziehungen der, zur allg. Paralyse 252.
Hirntumor 638.
—— über einen Fall von 386.
Hirntumoren bei Kindern 622.
Hirnverletzung, ein Fall von, durch eine Kreissäge 366.
Hodensaftinjektionen 876.
—— therapeutischer Werth von 463.
Hornhautentzündung, die, bei angeborener Lues 191.
—— zur Kenntnis der, nach Trigeminuslähmung 191.
Hühnertuberkulose, experim. Untersuchungen über 720.
Hundswuth, experiment. Beitrag zur 419.
Hydracetin, zur therap. Verwendung des, gegen Psoriasis 95.
Hydrargyrum salicylicum, über 24.
Hydronaphthylamine, über die Beziehungen der, zwischen chem. Konstitution und physiol. Wirkung 130.
Hydropische Schwellungen, über, unklaren Ursprungs 445.
Hydrops, Behandlung des, der Herzkranken mit Kalomel 802.
—— über die Behandlung des 647.
—— anasarca essent. 730.
—— articulorum intermittens, Beitrag zur Therapie 116.
Hydropsie, zur Behandlung der, mit Kalomel 116.
Hyoscin, neue Untersuchungen über 64.
—— über 80.
Hypnotismus, über 583.
Hysterie, die Ernährung in der 359.
—— Fall von traumatischer 788.
—— u. Hypnotismus 592.
—— u. Neurasthenie in Gemeinschaft 293.
—— zur Kasuistik der respiratorischen 733.
Hysterische Aphasie bei einem Knaben 749.
—— Kontrakturen, Beobachtungen über 830.
—— Stummheit, Beiträge zur 749.
Hysterischer Husten bei Kindern 94.
—— Mutismus, über einen Fall von 166.
Hysterisches Zittern, über 317.
Hystero-epileptiforme Anfälle während der Rekonvalescenz eines Abdominaltyphus 45.

Ichthyose, drei Fälle von kongenitaler 152.
Idiosynkrasie, ein seltener Fall von, gegen Tannin 486.
Ikterus bei perniciöser Anämie 480.
—— infektiöser 636.
—— klinische Beobachtung von infektiösem 269.
Ileus, Experimentelles zur Pathologie des 379.
—— Laparotomie 928.
—— zur Frage der Behandlung des 61.
Illicium parviflorum 623.
Immisch' Patent-Metallthermometer, das 91.
Immunität, natürliche 706.
—— über 250.
Immunitätslehre, Beitrag zur 598.
Impetigo herpetiformis, über 318.
Indicanprobe, Modifikation der Jaffe'schen 729.
Infektiöse Krankheiten, Rolle der lokalen Läsion bei 755.
Infektion, Einfluss des Nervensystems auf 618.
Influenza 170. 229. 231. 397. 907. 929. 930. 931. Beil. 59.
—— akute Entzündung der Trommelhöhle als Komplikation bei 958.

Influenza, anatom. u. bakteriolog. Beobachtungen über 209.
—— Augenerkrankungen, über 236.
—— Ausbruch auf dem Schiffe 880.
—— Ausbruch in der Schule 880.
—— bakteriol. Befunde bei 213.
—— —— u. pathol.-anat. Untersuchungen über die, u. ihre Komplikationen 211.
—— —— Untersuchungen u. ihre Komplikationen bei 843.
—— —— —— über 515. 843.
—— Bakteriologisches zur Otitis media bei 958.
—— bei Neugeborenen 673.
—— bei Schwangern 908.
—— Beobachtungen über 230. 233.
—— Beziehungen der, zu den Athmungsorganen 882.
—— Chinin als Prophylakticum bei 233.
—— das Wesen der, mit specieller Berücksichtigung der Ohrsymptome 236.
—— die, bei Kindern 173.
—— Diskussion über, in der Gesellschaft der Charité-Ärzte 231.
—— Eigenthümlichkeiten in der Symptomathologie 443.
—— ein Blutbefund bei 210.
—— ein Fall von beiderseitiger embolischer Iridocyclitis nach 957.
—— eine geschichtliche u. klin. Studie 514.
—— eine interessante Beobachtung 907.
—— einige Bemerkungen über 229.
—— Einwirkung aufs Herz 882.
—— Erkrankungen der oberen Luftwege 908.
—— Fälle von, behandelt im Militärlazarett zu Bukarest 519.
—— in Lausanne 881.
—— ist - eine kontagiöse oder eine miasmatische Krankheit? 515.
—— ist - kontagiös oder miasmatisch? 844.
—— Mittelohrentzündung nach 958.
—— nervöse Erschöpfungszustände nach 909.
—— Psychosen nach 674.
—— Stimmbandulcerationen bei 907.
—— Statistik 232.
—— Symptome u. Komplikationen 674.
—— Tenonitis nach 444.
—— Tod bei 884.
—— über cerebrale Störungen 909.
—— über die Beziehungen der, zum Sehorgan 444.
—— über, eine rudimentäre oder larvirte Pneumonieform 397.
—— über, einige Symptome u. Komplikationen 443.
—— über Hornhauterkrankung bei 444.
—— über Psychosen nach 445.
—— über Rückenmarkserkrankungen nach 909.
—— u. Pneumonie 516.
—— vom chir. Standpunkt 668.
—— vorläufige Mittheilungen über einige gefundene Bakterien bei 212.
Influenza, Vorschläge z. Verhütung der 443.
—— weitere bakt. Mittheilungen über 397.
—— Weiteres über 397.
—— zum Verhältnis der, zum Denguefieber 845.
—— zur Abortivbehandlung der heutigen 235.
—— zur Ätiologie der 844.
—— zur Kenntnis der in Greifswald beobachteten Fäile von 233.
—— zur Kenntnis des Fieberganges bei 25.
—— zur Pathologie der 397.
Influenza-Epidemie 878. 879.
—— Beitrag zur 397.
—— einige Fälle der 443.
—— Einiges über die, in Moskau 519.
—— im Verwaltungsbezirke Podersam 397.
—— Mittheilungen über die in Berlin herrschende 169.
—— Respirationsorgane bei 881.
—— über anat. Befunde während der 397.
—— weitere Mittheilungen über die in Berlin herrschende 227.
Influenzafrage, zur 881.
Influenzakranke, mikroskop. Blutbefunde bei 213.
Influenzakur 884.
Influenzapneumonie 213.
Innere Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane 549.
Inoculationstuberkulose, Fall von 905.
X. Internationaler medicinischer Kongress 537.
Intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden 191.
Intubation der Trachea bei Laryngealstenose 365.
—— ein ungewöhnlicher Fall von laryngealer 366.
Isatropylcocain, zur physiolog. Wirkung des 302.
Ischias, Behandl. mit Schwefelblüthe 638.
—— —— mit Suspension und Extension 462.
—— scoliotica 922.
Ist der Aussatz ansteckend? 77.

Jackson'sche Epilepsie, Beiträge zur Lehre von der 453.
—— —— zur Ätiologie 860.
Jahresbericht über die Fortschritte der Lehre von den Mikroorganismen 607.
Jod- und Brompräparate, über die Anwendung der, per rectum 258.
—— und Salicylpräparate, Antagonismus der 889.
—— —— Ausscheidung von, in Ex- und Transsudate 833.
Jodexanthem, ein seltener Fall von 97.
Jodismus, über Entstehung und Therapie des 54.
Jodkali als Herzmittel 451.
—— über die Wirkung des 699.
Jodkalium, Resorption von, in Salbenform 937.

Jodol, über die therapeutische Verwendung des, bei inneren Krankheiten 448.
Jodtinktur, Wirkung der, gegen Erbrechen 292.

Kaffeemissbrauch, die schädlichen Folgen des chronischen 284.
Kaliumbichromat, ein Fall von Selbstvergiftung mit 131.
Kalkausscheidung, über, durch den Urin 19.
Kamphersäure, die Wirkung der, gegen die Nachtschweiße der Phthisiker 39.
Kann ein Körpertrauma zur akuten Pneumonie führen? 184.
Kanthariden, über die Wirkung in Substanz eingeführter 501.
Kapillarpuls und centripetaler Venenpuls 886.
—— und sein diagnostischer Werth bei Herzkrankheiten 186.
Karbolsäuregiftung 655. 933.
Karbolseifenlösungen, über die Verwendung der 576.
Kasuistische Mittheilungen: a) Aorteninsufficienz mit außergewöhnlich starker Kompensation 112. b) Fall von paroxysmaler Tachycardie 112. c) Fall von Asthma dyspepticum 113.
Katalepsie, ein Fall von, in der Chloroformnarkose 486.
Kataphorese, elektrische 546.
Katarrhalpneumonie, über die sog., nach Masern und Keuchhusten 238.
Kehlkopf, zur Kenntnis des Epithels und der Drüsen des menschlichen 306.
Kehlkopfmuskulatur, Lähmungen der, bei Tabes 750.
Kehlkopftuberkulose als anatomisches Substrat des Globus hyst. 220.
Keimfreiheit der Milch, über die 615.
Keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes 954.
Keuchhusten mit nächtlichen Paroxysmen 563.
—— Verbreitung durch abortive Fälle 872.
Keuchhustenbehandlung mit Fluorwasserstoffinhalation 623.
—— zur 62.
Kinderernährung, Theorie und Praxis in der 638.
Kinderpneumonie, zur Ätiologie und pathologischen Anatomie 710.
Kindertuberkulose, zur Kenntnis der 616.
Kleinhirn, Funktion des 917.
—— über Faserschwund im 277.
Kleinhirntumoren, Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der 294.
Kloakengas, Vergiftung durch 832.
Kniephänomen, einige qualitative Varietäten des 181.
Knocheneiterung durch Streptococcus und Pneumococcus 956.
Knochenentzündungen, zur Klinik der, typhösen Ursprungs Beil. 42.
Koch, nach, behandelte Fälle von Tuberkulose 895.
—— Verlauf einiger nach, behandelter Fälle von Tuberkulose 895.
—— Versuche mit dem Mittel von, gegen Tuberkulose 895.
Koch'sche Specificum, Anwendung des, gegen Tuberkulose 895.
—— Verfahren, Ergebnisse des 895.
Kohlenoxydvergiftung 624.
—— Beitrag zum Studium der 302.
—— über Nachkrankheiten der 220.
Kongress, 9., für innere Medicin 168.
—— —— 15.—18. April 1890 zu Wien. Beilage zum Centralblatt für klin. Med. 1890. No. 27.
Konstipation, latente 590.
Kontagiöse Krankheiten des Kindesalters, über die Verbreitungsbedingungen der 38.
Konvergenzlähmungen, über 280.
Kopfschmerz, der nervöse 513.
Körpermassage, Wirkung der allgem. 656.
Krankenhäuser, das geeignetste Bausystem für allgemeine 457.
Krankheiten des Kehlkopfes mit Einschluss der Laryngoskopie und der lokaltherapeutischen Technik 248.
Kraurosis vulvae 766.
Krebsentwicklung in Lymphdrüsen 816.
Krebskranke, Stoffwechseluntersuchungen bei 326.
—— über den Stoffwechsel u. das Koma der 473.
Kreosole, die desinficirenden Eigenschaften der 106.
Kreosot als Heilmittel bei Phthitis pulmonalis 286.
Kreosotöl, intratracheale Injektionen von, bei Phthise 747.
Kropf, die Behandlung des weichen, mit parenchymatösen Jodoforminjektionen 653.
Kugelthromben und gestielte Thromben des Herzens Beil. 55.
Künstliche Ernährung, über die 72.
Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation 848.

Lähmungon, über Elektrotherapie der motorischen 143.
Landry'sche Lähmung, zur pathologischen Anatomie der 482.
Lanolin, enthält das menschliche Hautfett —? 119.
Laryngismus 725.
Laryngospasmus, Behandlung des 959.
Larynx, corticales motor. Centrum 681.
—— vollständiger narbiger Verschluss des 318.
—— weitere Forschungen über die Existenz corticaler Centren des menschlichen 406.

Larynxerkrankungen, zur Pathologie der submukösen 64.
Larynxödem 637.
Larynxschleimhaut, Studien über die 716.
—— über die Histologie der 783.
Larynxtuberkulose, geheilt 972.
Lateralsklerose, zwei Fälle von amyotrophischer 264.
Leber, experimentelle Beiträge zur Pathologie der 338.
Leberabscesse, der seltene Fall von, bei einem Säugling 134.
—— über tropische, und ihr Verhältnis zur Dysenterie 202.
Leberatrophie, Beitrag zur akuten gelben 636.
—— ein Fall von akuter gelber 185.
—— ein seltener Fall von 547.
Leberchirurgie 344. 633.
Lebercirrhose, über den Stickstoffumsatz bei 479.
Leberechinokokken, zur Diagnose durchbrechender 784.
Leberexcision, Einfluss partieller, auf die Gallenabsonderung 900.
Leberruptur, Beitrag zur Lehre von der traumatischen 959.
Lebersyphilis, 2 Fälle von maligner 259.
Leberthran bei Kindern 654.
Lehrbuch der Auskultation und Perkussion von C. Gerhardt 766.
—— der chemischen Untersuchungsmethoden von Wesener 568.
—— der inneren Medicin v. Fleischer 640.
—— der Kinderkrankheiten von A. Baginsky 247.
—— der klinischen Arzneibehandlung von Penzoldt 608.
—— der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten von Eichhorst 95.
—— der schwedischen Heilgymnastik von Hartelius 551.
Lepra, ist die, eine im Aussterben begriffene Infektionskrankheit u. ist sie erblich? 971.
—— über die Erkrankung der peripheren Nerven bei 483.
Leuchtgasvergiftung, ein Fall von 752.
Leukaemia acutissima 886.
Leukämie, Studie über die weißen Blutkörperchen bei 292. 947.
—— über 21. 162.
—— über einen Fall von akuter 546.
Leukocyten, taktile Reizbarkeit 684.
—— über die Proliferation der 554.
Leukocytose 945.
—— Klinisches und Experimentelles über die entzündliche 410. 946.
Leukoplakia lingualis et buccalis, über, in ihrem Zusammenhang mit Carcinom 262.
Lichen, über die Frage des 486.
—— syphiliticus, ist, das Produkt einer Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose? 464.
Lithämie, einige Erscheinungen von, bei Larynxstenose 366.
Lobelin in der Asthmatherapie 547.
Lokaltuberkulose, über nach Traumen 146.
Lues-Tabesfrage, die 601.
Lunge, Fremdkörper der 347.
—— Osteosarkom der 972.
Lungenabscess, gangränöser; Incision, Drainage, Heilung 74.
—— —— Pneumotomie 113.
Lungenbrand, über die Ätiologie des 839.
Lungencarcinom, zur Kasuistik des primären 828.
Lungenentzündung, experimentelle Beiträge zur pathologischen Anatomie der 554.
—— infekt. Form der fibrinösen 673.
—— über ansteckende Formen von 201.
Lungenkongestion, chron., nach Grippe 174.
Lungenödem bei Morbus Brightii 801.
—— experimentelle Untersuchungen zur Lehre vom akuten allgemeinen 138.
Lungenphthise, Behandlung der, mit Perubalsam 532. 887.
Lungensarkom, über 845.
Lungenschwindsucht, neueste Beobachtungen und Erfahrungen bei der Behandlung der, mit Einathmungen feuchtwarmer Luft 255.
—— zur Behandlung der, mit Kreosot 192.
Lungenspitzen, zur Topographie der, und ihrer Perkussion 141.
Lungentuberkulose, Behandlung mit dem Krull'schen Apparat 736.
—— —— mit dem Weigert'schen Heißluftapparat Beil. 75.
—— larvirte Formen der 949.
—— Untersuchungen über die Behandlung der 58.
—— über die Heilbarkeit der 283.
Lupinenvergiftung 656.
Lupus des Kehlkopfeinganges 388.
—— erythematosus, mikroskopische Präparate, Mittheilungen über 735.

Magen, die mechanische Behandlung des 904.
—— über Fermente des 901.
—— zur Bestimmung der motorischen Thätigkeit des 903.
—— Zusammenhang krankhafter Zustände des, mit anderen Organerkrankungen 494.
Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden 727.
—— nervöse Störungen bei 903.
Magenblutung durch Varix der Magenschleimhaut 928.
Magenchemismus im gesunden und kranken Zustande 530.
Magen-Darmschwimmprobe, über die 275.
Magen-Darmtractus, zur patholog. Anatomie der geschwürigen Processe im 73.
Magenerweichung, Magenverschwärung 829.

Magenerweiterung durch Pankreaskrebs 312.
Magengeschwür mit Krebs komplicirt 758.
Mageninhalt, Bestimmung freier Säure im 865. 943.
Magenkranke, über die Ausnutzung der Nahrung bei 481.
Magenkrankheiten, Pathologie der 195.
—— zur modernen Diagnostik der 785.
Magenkrebs bei einem 18jährigen Menschen 637.
—— über Verbreitung u. Ätiologie des 357.
Magensaft, Einfluss von Genuss- und Arzneimitteln auf den 870.
—— über die Einwirkung des künstlichen, auf Essig- und Milchsäuregährung 452. 597.
—— über die quantitative Bemessung der antiseptischen Leistung des 51.
—— über die Wirkung des, auf pathogene Bakterien 425.
—— über Veränderungen des beim Schwindsüchtigen 92.
Magensaftanalyse 860.
Magenschleimhaut bei Sekundärerkrankungen des Magens 757.
—— feinerer Bau der 757.
Magenverdauung, die, bei Nierenentzündung 265.
—— über, bei chronischen Lungenaffektionen 19.
—— über die, bei Herzfehlern 530.
Malaria, ärztliche Erfahrungen über die, der Tropenländer 403.
—— Hämoglobinurie bei 730.
—— über motor. Störungen bei 559.
—— zur Ätiologie der Beil. 91.
Malariafieber, Bemerkungen zur medikamentösen Behandlung des 485.
Malariainfektion, über die Ätiologie der 490.
Malariakrankheiten, unter Berücksichtigung tropenklimat. Gesichtspunkte 674.
Malariaparasiten bei Febris tertiana 470.
—— -Infektion, -Plasmodium, Blutuntersuchungen bei 717.
—— Morphologie 707.
Mandeln, über die Schlitzung der 166.
Masernerkrankungen, über wiederholte 333.
Massage. Für Ärzte und Studirende 392.
Maturitas praecox und Melanodermie 878.
Medicinische Seifen. Vorl. Mitth. 888.
Melanosarkom, zur Lehre vom 672.
Melanotische Sarkome, Farbstoff der 868.
Menière'sche Schwindel, der, und die halbzirkelförmigen Kanäle 382.
Meningitis, eitrige, nach Revolverschuss 842.
—— basilaris syphilitica 788.
—— spinalis, über 406.
—— tuberculosa basilaris, 32 Fälle von 333.
Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren 152.
Merkurbehandlung bei Blennorrhoea urethrae 736.
Merkurialpräparate, Beiträge zur Wirkung der Injektionen unlöslicher 408.
Methacetin, über die Wirkung des 804.
Methylenblau, schmerzstillende Wirkung des 925.
Migräne, Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der 280.
Mikroben, pathogene, Eigenschaften der in malignen Tumoren eingeschlossenen 816.
—— —— im Munde Gesunder 11. 320.
Mikrobrenner, ein neuer 565.
Mikrokokken, Eigenbewegung bei 206.
Mikroorganismen, eine neue Methode zum Färben der (besonders der Wimperhaare und Geißeln) 10.
—— Schicksal der pathogenen, im todten Thierkörper 104.
—— über den Einfluss der Ventilation auf die in der Luft suspendirten 237. 411.
—— Übergang pathogener, von der Mutter auf den Fötus 533.
Milch, Pasteurisiren der 967.
Milchsäurebildung, über die, und den Glykogenverbrauch im quergestreiften Muskel bei der Thätigkeit u. Todtenstarre 297.
Milz, über die Bedeutung der, im Kampf mit Mikroorganismen 440.
—— zur Histologie und Physiopathologie der 478.
Milzbrand, Beiträge zur Ätiologie des 125.
—— ein Fall von, beim Menschen 405.
Milzbrandbacillus, die Einwirkungen des lebenden Froschkörpers auf den 215.
Milzbrandsporen, Durchtritt von, durch die intakte Lungenoberfläche 839.
Milztumoren, zur lokalen Behandlung chronischer 782.
Mitralinsufficienz, Behandlung mit Einwicklungen 588.
—— über alternirende 763.
—— über die künstlich erzeugte 661.
Mittelhirn, Bedeutung des, für die Athmung 268.
Mittelohrerkrankungen bei Kindern 146.
Mittelohrleiden, sklerotisches 876.
Mittheilungen aus dem Annahospital in Schwerin 563.
—— aus Dr. Brehmer's Heilanstalt 711.
Morbus Addisonii, ein Fall von 203.
—— —— Harnuntersuchung 886.
—— Brightii, die Behandlung des chronischen (Referat) Beil. 28. (Korref.) 32.
—— —— über den, bei Schwangeren und Gebärenden 74.
Morphinismus und Chloralismus, zur Behandlung des 288.
Morphium, Ausscheidung des subkutan injicirten, durch den Magen 34.
Morphiumübergang in die Milch der Mutter 729.
Morvan'sche Krankheit 582.
Muskatnussöl 692.

Muskelarbeit und Stickstoffumsatz 609.
Muskelatrophie, Beiträge zur Lehre von der progressiven 78.
—— nach traumatischen Gelenkentzündungen 965.
—— primäre progressive 960.
—— über progressive 279.
—— und elektrische Erregbarkeitsveränderungen bei Hirnherden 548.
Muskelhypertrophie, ein Fall von, mit nervösen Symptomen 190.
Muskelthätigkeit, Einwirkung der, auf den Stoffverbrauch 851.
Muttermilch, Herstellung künstlicher, aus Kuhmilch 827.
Mycosis fungoides, zwei Fälle von 386.
Mycotische Mandelentzündung, ein Fall von, mit tödlichem Ausgang 59.
Myelitis, akute diffuse, ein Fall von, mit doppelseitiger Neuritis optica 222.
—— eine Studie über experimentelle 100.
Myocard, über akute Veränderung des, nach einfachem und specif. Reiz 37.
Myoklonie (Paramyoclonus multiplex) 862.
Myotonia congenita intermittens, ein Fall von 117.
Myxödem beim Kinde 905.
—— das, und die kretinische Degeneration 742.
Myxödemfrage zur 547.

Nachkrankheiten nach Influenza 518.
Nahrungsberechnung, die, für den Säugling 73.
Narcotica, Einfluss der, auf den Eiweißzerfall 869.
Nasen-Rachenraum, zur Anatomie des 409.
Nasenverstopfung 863.
Natrium paracresotinicum 803.
—— salicylicum 655.
Nebennieren, über die kompensatorische Hypertrophie der 546.
—— über die Wirkung der Exstirpation der 538.
Nekrose des Proc. alveol. nach Typhus 905.
Nephritis acut. haemorrhag. bei eitriger Meningitis 905.
—— über psychische Erkrankungen bei chronischer 293.
Nerven, Einwirkung starker Kälte auf die peripheren 738.
Nervenaffektion in Folge von Blitzschlag 246.
Nervenbefund in einem Falle von progressiver Muskelatrophie 223.
Nerveneinfluss auf die Verhinderung der Fäulnis 585.
Nervenkörperchen, über das Verhalten der, im kranken Nerven 437.
Nervenkrankheiten, Pathologie und Therapie der, für Ärzte u. Studirende 96.
Nervensystem, syphilitische Erkrankungen des centralen 541.
Nervöse Form der Grippe 517.
Nervus laryngeus superior, Versuche über 274.
—— opticus, Atrophie 600.
—— suprascapularis sinister, isolirte Lähmung des 805.
Netzhautgefäße, über ophthalmoskopisch sichtbare Erkrankung der, bei allgem. Arteriosklerose 304.
Neue und naturgemäße Darlegung der Physiologie und Pathologie des menschlichen Magens 119.
Neurasthenie, über, und ihre Behandlung 256.
Neuritis, Fall von multipler peripherer 535.
—— multiple, mit doppelseitiger Facialislähmung 295.
—— multiplex cum Glycosuria 860.
—— —— nach Influenza 910.
—— periphere, bei hemipleg. Muskelatrophie 622.
Neuritische Lähmungen beim Diabetes mellitus 861.
Neuropathologische Beobachtungen 861.
Neurosen, Beitrag zur Lehre von der Infektiosität der 316.
—— des Harn- und Sexualapparates 735.
Niere, Soormetastase in der 959.
—— zur Physiologie der 569.
Nierenerkrankungen, zur Behandlung verschiedener 864.
Nierenkrankheiten, Bemerkungen über die Frequenz der, in Norditalien 71.
Nierenleiden, Frühdiagnose von chronischen 762.
Nierensarkom, ein Fall von primärem 188.
Nitras argenti gegen Purpura haemorrhagica 48.

Oculomotoriuslähmung, über die recidivirende 150.
Oedema fugax im Verlauf von akuten Krankheiten als Zeichen einer hinzutretenden Pneumonie 179.
Ohr, Notiz zur Erkrankung des, bei Influenza 183.
Ohrenheilkunde, Lehrbuch der 936.
Oleum cinereum, Intoxikation durch subkutane Injektion von 132.
Olivenöl, Anwendung bei der Behandlung der Gallensteinkolik 497.
—— über die cholagoge Wirkung des 645.
Onanismus beim Weibe 806.
Onychomycosis favosa 734.
Ophthalmoplegia bilat. ext. congenita, ein Fall von 189.
—— ein Fall von bilateraler, externa u. interna bei Tabes dorsalis 78.
Orchitis blennorrhagica, Behandlung der 310.
Orexin, Bemerkungen über 639.
—— salzsaures, ein echtes Stomachicum 496.
—— zur Kenntnis der Wirkung des 496.
Orexinum muriaticum als Stomachicum 864.

Orientirungsbüchlein in der inneren Medicin in Paris 608.
Osteo-arthropathie hypertroph. pneumon. 629.
Osteosarkom der Lunge 972.
Otitis media, über akute, bei Influenza 183.
Ostitischer Hirnabscess, zur Kenntnis des 502.
Ozon als Desinficienz 819.

Pachymeningitis hypertrophica 669.
Pachymeningitischer Process, über den, Beil. 61.
Pankreas, primärer Krebs des 242.
Pankreasentzündung, über einen Fall von genuiner akuter 241.
Pankreasexstirpation, experimentelle Untersuchung über die Wirkung der 414.
—— über die Folgen partieller 81.
Pankreaskopf, Krebs des 605.
Parakresotinsaures Natrium, über die Anwendung des, im Kindesalter 455.
Paralyse, über einige Formen von, nach Typhus 45. 260.
—— zwei Formen der, bei Kindern 16.
Paralysis agitans, Fall von, ohne Agitation 462.
—— —— über einen Fall von, von hemipleg. Form 63.
—— —— Urinuntersuchung bei 303.
Paramyoclonus multiplex 253. 831.
Paranoia, Heilung einer, nach Influenza 518.
Parotitis epidem. 775.
Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates 487.
Paukenentzündung, akute hämorrhagische 516.
Pellagra, anatom. Veränderungen des Rückenmarks bei 541.
—— Beziehungen des Bacillus maïdis zur 853.
Pemphigus Beil. 47.
—— acut., generalisirter 184.
—— —— und Herpes zoster, über 329.
—— chron. malignus, über 486.
Peptonpräparate, über den Nährwerth und die Verwendbarkeit der 48.
Pericarditis, über, im Kindesalter 61.
Perichondritis, suppurative, des Larynx 261.
Periostitis des Oberkiefers, zwei Fälle von 764.
Peritonealtuberkulose über 759.
Peritonitis chron. exsudativa idiopathica, existirt eine? 20.
—— experimentelle, Untersuchungen über 774.
—— zur Ätiologie 730.
—— zur Lehre von der Ätiologie, Entstehungsweise und den Formen der akuten 250.
Perkussivauskultation 291.
Permanente Ventilation durch das offene Fenster 745.
Perubalsam, erregt, Nephritis? 121.
Phagocytose, Erscheinungen, von, in den Lungen 439.
Pharmacopoea clinica 808.
Pharyngitis phlegmonosa, zur Behandlung der 535.
Pharynxerkrankungen, über, beim Abdominaltyphus 163.
Phenacetin bei gonorrh. Gelenkrheumatismus 888.
Phenylhydracinderivate als Fiebermittel 693.
Phenylhydracinzuckerprobe, über den Werth der 793.
Phloroglucin-Vanillin und verwandte Reaktionen 913.
Phosphor, Wirkung minimaler Mengen von, in der engl. Krankheit 500.
Phosphorvergiftung 655.
Physiologie des Froschherzens, Beiträge zur pharmakolog. 102.
Physiologische Reservekraft 838.
Pigmentfrage, zur 540.
Pilokarpin bei chron. Gelenkrheumatismus 887.
Pleuraempyeme, Behandlung der 822.
Pleuritis 686.
—— Beiträge zur Ätiologie und Therapie der primären 484.
—— pulsirende 22. 311. 621.
—— Punktionstherapie der serösen 781.
—— sero-fibrinosa, intrapleurale Auswaschungen bei 285.
Pleuritische Exsudate, über die Beweglichkeit der 218.
Pleuritischer Schmerz, über den, und seine Behandlung durch partielle Kompression des Thorax 156.
Pleuritisches Exsudat, ein Fall von, mit ungewöhnlicher Entleerung 446.
Pleuroplegie cong. bilat. und Facialisparalyse 637.
Pleurotomie bei der Pleuritis metapneumon. 842.
Plexus coeliacus, Folgen der Ausrottung des Beil. 87.
—— über die Funktion des 641.
—— über die Wirkung der Exstirpation des 337.
Plumbum aceticum, Vergiftung mit 593.
Pneumaturie, über 115.
Pneumococcus (Fraenkel), Verbreitung über den Organismus bei krup. Pneumonie 885.
Pneumonia crouposa, über intra-uterine Infektion mit 403.
Pneumonie, akute lobäre, die Sterblichkeit der 42.
—— Behandlung mit lauwarmen Bädern 404.
—— der Greise 885.
—— drei Fälle von, mit der Kontagionsgeschichte 480.
—— fibrinöse, über Anomalien des Fiebertypus bei 39.

Pneumonie, genuine krupöse, Pathologie und Therapie 957.
—— krupöse, Erfahrungen über 906.
—— —— mit fieberlosem Verlauf 906.
—— zur Behandlung der akuten 48.
—— zur Entstehung der typhösen 532. 971.
Pneumothorax bei Phthise 746.
—— plötzlich aufgetretener, in Folge von Asthmaanfall 219.
—— über die Zusammensetzung der, bei vorhandenem Gase 479.
Pocken und Varicellen, zur Identitätsfrage der 850.
Polioencephalitis superior und Poliomyelitis 167.
Poliomyelitis, ein Fall von akuter, und Ausgang in Heilung 279.
—— nach Vergiftung mit Kohlendunst 653.
Polyarthritis deformans, bemerkenswerthe Krankengeschichte von 187.
Porencephalitischer Defekt des Gehirns 482.
Potenz, über die Herabsetzung der durch innerlichen Gebrauch der Antiseptica 243.
Primäre Carcinom, über das, des Ductus choledochus 148.
Progressive Muskelatrophie, peronealer Typus 670.
Prostitution und Abolitionismus 933.
Prurigo, zur Anatomie des 932.
Pruritus cutaneus universalis, Behandlung 590.
—— simplex 808.
Pseudo-angina pectoris hysterica 15.
Pseudoleukämie oder chron. Miliartuberkulose 809.
Puerperale Infektion, Studie über 120.
Pulmonalarterienklappen, zur Pathologie der 859.
Puls, Untersuchungen über 659.
Pulsform und Klappenschluss, Beziehungen zwischen Beil. 64.
Pulskurve, Ursprung der sekundären Wellen der 658.
Pulsus bigeminus 928.
—— differens, seine Bedeutung bei Erkrankung des Aortenbogens 820.
—— paradoxus 619.
Pulsverlangsamung, ein Fall von außergewöhnlicher 362. 419.
—— mit epilept. Zufällen 911.
Pupillenstarre, über reflektorische 527.
Pupillensymptome, über Prüfung und Deutung der 280.
Pupillenunruhe bei Erkrankungen des Centralnervensystems 701.
Purpura, ein Fall von 336.
—— über 472.
—— haemorrhogica, Behandlung der, mit Silbernitrat 262.
Pustula maligna des Gerichts 42.
Pyaemia im Anschluss an Gonorrhoe 736.
Pyämische Erkrankungsprocesse, zur Ätiologie der 65.
Pyrodin, über 347.
Pyrodinvergiftung, Verhalten des Stoffwechsels bei 857.

Quecksilber, in Bandwürmern 972.
—— über die Ausscheidungsgröße des 595.
—— über Lokalisation des, im Organismus 408.
Quecksilberbougies, elastische 736.
Quecksilberpräparate, zur Beurtheilung des Werthes der verschiedenen, in der Syphilistherapie 352.

Rachendiphtherie, ein Fall von, mit komplicirtem Verlauf 76.
Rachen- und Kehlkopferkrankungen, über, beim Abdominaltyphus 307.
Rachitis, über die sog. fötale 482.
Railway-spine zur Lehre von 293.
Raynaud's symmetrische Gangrän, ein Fall von, bei konstitut. Syphilis 221.
Rectum, kongenitales Fehlen des 603.
Reflexepilepsie der Nase, geheilte 676.
Reflexneurosen, zur Diagnose und Therapie der nasalen 158.
Replik auf vorstehende Erwiederung des Herrn Kanthack 182.
Retinitis haemorrhag. album., ein Fall von, mit Ausgang in Genesung 204.
Retronasalaffektion, akute, mit typhoiden Erscheinungen 846.
Retropharyngealabscesse, über 260.
Rheumatismus, Neueres über die Therapie des 671.
Rheumatoiderkrankungen, Beitrag zur Geschichte der 52.
Rhinolitenbildung, Fall von 503.
Ricin, über 665.
Rose, Lungenentzündung und Katarrhe, über den Einfluss der atmosphär. Verhältnisse auf die Entstehung der 300.
Rotz, ein neues diagnostisches Mittel für den 419.
—— Heilung mittels merkurieller Behandlung 57.
—— Versuch einer Schutzimpfung gegen 105.
Rubidium-Ammonium-Bromid, über die therap. Wirkung des 257.
—— —— —— zur Heilwirkung des 295.
Rückenmark, über Schnellhärtung des 690.
—— zur Genese der Höhlen im 79.
—— zur Pathologie der Höhlenbildung im 246.
Rückenmarksblutung, zur Kenntnis der primären 350.
Rückenmarkserschütterung 343.
Rückenmarkswurzeln, über die Fortsetzung der hinteren zum Gehirn 50.
Rumination 973.

Saccharin 923. 925.
Saccharingebrauch, über den, als Nährmittel 341.
Sachverständigenthätigkeit bei Seelenstörungen 791.

Safraninvergiftung, über 276.
Salbei, physiol. Studie über 859.
Salicylate, bisher unbekannte Wirkung der 592.
Salicylsäure, quantitative Untersuchungen über die Ausscheidung der 479.
Salicylsaures Natron, Veränderung der Resorption von, durch verschiedene Lösungsmittel 165.
Salol, zur Frage des diagn. Werthes des, bei motor. Insufficienz des Magens 441.
Salolspaltung, über die Verwerthung der, zu diagnostischen Zwecken 441.
Salzsäure im Mageninhalt 521.
—— über eine neue qualitative Reaktion
Salzsäurenachweis im Mageninhalt, kritische Bemerkungen zum 943.
auf freie, im Magensaft 452.
Samenblasenerkrankung, zur Klinik der 239.
Sandfiltration, Versuche über die Leistungen der 773.
Santoninvergiftung, ein Fall von 245.
Sarkom des Mittelfellraumes, eine Erkrankung von 133.
—— mit rekurrirendem Fieberverlauf 20.
Sarkome, von der Metastasenbildung der 878.
Sauerstoff, Beiträge zur therap. Anwendung des 208.
—— Einfluss des, auf den Stickstoff des Urins 69.
Säuglingsernährung, Reform der künstl. 827.
Säurebestimmung im Magensaft mit kohlens. Kalk 713.
Scarlatina puerperalis, zur Lehre von 801.
Scharlach, zur Pathologie und Therapie des 509.
Scharlachfieber, Behandlung mit Chloralhydrat 617.
Schilddrüse, Beitrag zur Physiologie der 489.
Schlaf, zur Pathol. u. Physiolog. des 702.
Schleife, zur Physiologie der 750.
Schleimhautverhornung, Untersuchungen über 458.
Schluckakt u. Herzbewegung 652.
Schrumpfniere, zur Kenntnis der glatten weißen 480.
Schwangerschaft, über Peptonurie in der 356.
—— zur Physiologie und Pathologie der 355.
Schwefel, über die antiseptischen Eigenschaften des 277.
—— Verhalten des, im Organismus 663.
Schwefelkohlenstoff-Amblyopie, ein Fall von 206.
—— Vergiftung 276.
Schweißfrieselerkrankungen, eine kleine Epidemie von, in Hallerndorf 42.
Scleroderma, Fall von 863.
Scrophuloderma, über 262.
Seebäder, über die Wirkungsweise der 475.
Seeklima, die therapeut. Bedeutung des 56.
Seelenblindheit, ein Fall von, nebst einem Beitrag zur Theorie derselben 383.
—— ein Fall von sogenannter 317.
Seeluft und Soolbad 694.
Sehhügelerkrankungen, zur Diagnose der 207.
Sehnerv, kasuistischer Beitrag zur einseitigen Atrophie des 296.
Sehnervenkreuzung, Beiträge zur Kenntnis der 267.
Sehnenreflexe, über Beil. 80.
Seitenstrangerkrankung bei Tabes dorsalis 975.
Selbstirrigationen des Thorax bei Epyem u. Pyopneumothorax 110.
Seminularklappenverschluss, über den Beil. 86.
Septikopyämie, über eine schwere Form von 145.
Septische Peritonitis, zur Ätiologie der 644.
Septisches Ödem in den oberen Luftwegen 493.
Sexualempfindung, angeborene konträre 94.
—— ein Fall von konträrer, gebessert durch hypnot. Suggestion 167.
—— konträre 975.
Sialorrhoe, in Folge vikariirender Quecksilberausscheidung 807.
Sicherheitsnadel verschluckt von einem 8monatlichen Kinde 531.
Skarlatina, Prophylaxe 734.
Sklerodaktylie, ein Fall von, mit diffuser Sklerodermie 278.
Sklerodermie, über einen Fall von partieller 190.
Sklerose, Beitrag zur Ätiologie u. Pathologie der multiplen 278.
—— über die, der Kranzarterien des Herzens als Ursache plötzlichen Todes 311.
Skorbut, ein Fall von, bei einem Knaben von 15 Monaten 424.
Solanin u. Solanidin, Beiträge zur Kenntnis der Wirkungen des 32.
Solvinpräparate, über die Wirkung 646.
Sommerdiarrhoe der Säuglinge 649.
Somnambulismus, der natürliche, Beobachtung von simulirtem Somnambulismus 24.
Soorpilz 966.
Spartein. sulfur. als Herzmittel 80.
Spasmus glottidis, Behandlung 888.
Spastische Lähmung bei einem Schnellläufer 711.
Speichel, Giftigkeit des, bei Rabies 970.
Spekulirung durch die Trachealfistel nach Tracheotomie 577.
Spirotherapie, zur 802.
Splenopneumonie, über 797.
Sporen, Widerstandsfähigkeit der, gegen Erhitzung 918.
Statutenänderung Beil. 96.

Stenose, über luetische, der Trachea und der Bronchien 118.
Stenosis ostii venosi art. pulmon. 603.
Stethoskop, Modifikation 604.
—— welches soll der Arzt gebrauchen 584.
Stickstoffausscheidung durch den Schweiß 669.
Stimmbänder, Beiträge zur Histologie der 181.
—— zur Histologie der 182.
Stimmbandlähmung bei Kropf 711.
—— zwei bemerkenswerthe Fälle von 219.
Stimmritzenkrampf, Behandlung des 744.
—— zur Kasuistik des koordinatorischen 733.
Stomatitis, über idiopathische gangränöse 293.
Stottern, das, eine Psychose 696.
Streptokokkeninfektion, ein Fall von metastasirender 145.
Strophanthin, über Beil. 92.
Strophanthus, Anwendung bei Kindern 500.
Strychninvergiftung, Beitrag zur Erkenntnis der 131.
Stuhlverstopfung nach Embolie von einem Endast der Art. mesent. sup. 731.
Sublimat, Einführung in den Organismus auf kataphorischem Wege 460.
Sublimatvergiftung nach Ätzung von Kondylomen mit Solutio Plenckii 976.
—— über die Veränderung der Nieren bei 528.
Subphrenisches Exsudat, über ein ockergelbes 330.
Sulfonal 116.
—— Beitrag zur Wirkung des 130.
Sulfonalwirkung, über 244.
Sulfone, über die Beziehungen zwischen chem. Konstitution und physiol. Wirkung bei einigen 393.
Suspension, über die, bei der Behandlung der Nervenkrankheiten 316.
Suspensionsbehandlung 650.
Symptomatologie u. Histologie der Hautkrankheiten 695.
Syphilis des Nervensystems 854.
—— die Behandlung der, mit subkutanen Injektionen 365.
—— die Chancen der tertiären 605.
—— die Prophylaxe der 362.
—— eine ungewöhnliche Art der Erwerbung der 360.
—— Frühbehandlung der, oder nicht? 389.
—— Fußgangrän in Folge von 364.
—— Gefahr von Quecksilberkuren bei 678.
—— pigmentäre allg. 735.
—— über die Behandlung der, mit Injektionen von Thymol- u. Salicylquecksilber 151.
—— über die Prophylaxe der 735.
—— und Auge 566.
—— und Reizung 806.
—— zwei Fälle von Übertragung, durch schmutzige Instrumente 389.
Syphilisaffektionen, Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen 141.
Syphilisausbruch, Fälle von nach Tätowirung 150.
Syphilisbehandlung, mit Injektionen von Hydrarg. thymolo-aceticum 695.
—— —— —— von Oleum cinereum 263.
—— mit Quecksilbersalicylat 694.
Syphilisinfektion, über eine ungewöhnliche Art von extragenitaler 263.
Syphilitische Finger und Zehenentzündungen 826.
—— Muskelgeschwulst 806.
Syringomyelie 710. 931.
—— ein Fall von 461. 759.

Tabes 461.
—— Behandlung mit Suspension 295.
—— Beziehungen der, und der progressiven Paralyse zur Syphilis 360.
—— mit Epilepsie und Muskelatrophie 931.
—— Therapie mit Suspensionsbehandlung 602.
—— traumatische 534.
—— über die initialen Symptome der 580.
—— über die mechan. Behandlung der, nach dem System Hessing 41.
—— dorsalis, Augenstörungen bei 874.
—— —— Behandlung mit Stützapparaten 912.
—— —— Beiträge zur Ätiologie und Therapie der 93.
—— —— ein weiteres Initialsymptom bei 675.
—— —— subkutane Injektionen von Silbersalzen 692.
—— —— und ihre Behandlung in Aachen 334.
—— —— zur Pathologie der 316.
—— —— zur Symptomatologie der 278.
Tachykardie, über essentielle paroxysmale 199.
Taubstummheit und Meningitis 764.
Technik der histolog. Untersuchungen 567.
Tellursaures Kalium gegen Nachtschweiße der Pthisiker 678.
Temperaturkurven, zwei ungewöhnliche 345.
Tendovaginitis im Gefolge von Gonorrhoe 974.
Terpentin, über den therap. Werth des 698.
Tetanie 483.
—— bei Magenerweiterung 460.
—— im Anschluss an Kropfoperationen 740.
—— klin. Beiträge zur 778.
Tetanus, Fall von Heilung eines sog. spontanen 502.
—— Untersuchungen über die Ätiologie des 281.
—— zur Behandlung des traumatischen, mit Karbolsäureinjektionen 765.

Tetanusbacillen im Boden verschiedener Breiten 817.
Tetanusbacillus, über den 817. 955.
Tetanusgift, experimentelle Immunität gegen, beim Hunde 282.
—— Inhalationen von 707.
—— Neutralisation des 707.
Tetanusvirus, Einfluss der Magensäfte auf das 35.
—— Neutralisation des 114.
—— Resistenz des, gegen chem. Agentien 708.
Thallin, physiolog. Wirkung des 244.
Therapeutische Leistungen des Jahres 1889 792.
Thermopalpation, über 492.
Thierschilddrüse, Versuch auf den Menschen zu übertragen 499.
Thomsen'sche Krankheit, über die 475.
Thrombose der Arter. mesent. infer. 830.
—— der Art. vertebralis, drückend auf den Glosso-pharyng.-Kern 911.
—— ein Fall von autochthoner, der linken Carotis 222.
Thymus, suppurative Entzündung der, mit raschem letalen Ausgang 314.
Thymushyperplasie, plötzl. Todesfälle 787.
Typhoid, Wirbelperiostitis nach 589.
Ticanfälle, über sonderbare 344.
Tod, plötzlicher, im Säuglingsalter 960.
Todtenstarre, die, am Herzen 526.
Tollwuth, Schutzimpfung gegen, vor und nach der Infektion 298.
—— Virulenz des Humor aqueus bei einem Thiere mit 275.
Tonsillen 204.
Toxische Eigenschaften d. Blutserums 508.
—— Substanzen im Urin bei Pneumonie12.
Trachealstenosen 821.
Tracheitis, die Behandlung der durch intratracheale Injektionen von Menthol 41.
Tracheo- u. Bronchostenose, zur Pathol. der 845.
Trans- u. Exsudate, Verwerthbarkeit des spec. Gew. u. des Eiweißgehaltes zur Beurtheilung 611.
Trauma als ätiolog. Moment der multiplen Sklerose 190.
Traumatische Hysterie 932.
—— Neurose, ein Fall von sog. 564.
—— Neurosen 510.
—— —— Beitrag zur Lehre von den 315.
—— —— Beitrag zur Lehre von den allgemeinen und lokalen 117.
Trichophytia capitis, zur Behandl. der 536.
Trophische Hautreizung durch den galv. Strom hervorgerufen 805.
Tuberculosis verrucosa cutis 676.
Tuberkelbacillus, Eindringen des, in den Organismus 795.
—— Passage des, durch den Darm des Hundes 722.
Tuberkulose, Behandlung mit Perubalsam 797.
Tuberkulose, Cornet'sche Vorschläge zur Bekämpfung der 796.
—— der Nasenschleimhaut 823.
—— der Nasen- u. Mundschleimhaut 776.
—— einige ungewöhnliche Äußerungen von, des Kehlkopfes 388.
—— Kontraktur bei 830.
—— Sublimatinhalationen bei 972.
—— über die Infektiosität des Fleisches bei 794.
—— über die Prophylaxe der 499.
—— Übertragung von der Mutter auf die Frucht, experim. Untersuchungen 105.
—— weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Beil. zu No. 47 (22. Nobr. 1890) von Rob. Koch.
—— Mittheilungen über Fälle von, nach dem Koch'schen Verfahren behandelt 895.
—— zur Heredität der 652.
—— zur Kenntnis der, im Kindesalter 331.
Tuberkulöse Affektionen, die Behandlung von, mit Perubalsam 206.
—— Kühe, zur Infektiosität der Milch der 299.
—— Pericarditis 972.
—— Pneumonie, 5 Fälle, vielleicht epidemische 709.
Tuberkulöser Tumor im rechten Kleinhirnlappen 77.
Tuberkulöses Gift, Einfluss der Verdünnung auf das 795.
Tumor, den Mittellappen des Kleinhirns komprimirend 246.
—— der Halswirbelsäule 208.
—— des Cerebellum 77.
—— eine Diagnose auf, in der Großhirnschenkel-Haubenbahn 359.
Tympanitis, über, und ihre Ätiologie im Kindesalter 313. 446.
Typhlitis, chir. Behandlung 728.
Typhus, ein masernähnliches Exanthem bei 465.
—— in Algier 242.
—— Malaria und klimatisches Fieber 592.
—— seine Beziehungen zum Trinkwasser und Staub 363.
—— subseröses Darmemphysem bei 860.
Typhusbacillen, die negative Indolreaktion der 597.
—— über das Verhalten der, in typhösen Dejektionen 154.
Typhusbakterien, Nachweis von 57.
Typhusepidemie, die, in Berlin 1889 470.
Typhusfälle, zur Kenntnis der atypischen 423.
Typhusgift, über die Verbreitung des, durch das Trinkwasser 458.
Typhuskomplikationen, zur Ätiologie der 731.

Über die giftige Wirkung des Bilirubins bei Gelbsucht 491.
—— die Produktion löslicher Substanzen durch pathog. Mikroben 354.

Über einige Ursachen, welche die natürliche Immunität modificiren 353.
Ulcus molle, die Ausschabung des 766.
—— oesophagi varicos. 731.
—— perforans der Nasenscheidewand 824.
—— simplex des Duodenums 73.
—— ventriculi et duodeni, Beitrag zur path. Anatomie des 60.
—— —— Fall von perforirendem 312.
—— —— simplex 667.
Umlagerung der Bauch- und Brustorgane 562.
Unterleibstyphus-Endemien 589.
Untersuchung d. hinteren Larynxwand 848.
Untersuchungen über Stoffwechsel und Ernährung in Krankheiten 327.
Urämie, Pathogenese und Therapie der 950.
Urinretention, über die Anat. u. Physiol. der 779.
Urobilinurie, diagnostischer und prognostischer Werth der 612.

Vaccination bei Dermatosen 562.
—— über, neugeborener Kinder 179.
Vaccine, obligatorische und animale Vaccination 748.
—— ulceröse 217.
Vaccinefieber, über das 820.
Vaginalschleimhaut, über die klin. und histolog. Veränderungen der erkrankten 520.
Vagus und Angina pectoris 690.
Varicellen, Beiträge zur Kenntnis der 147.
—— tödlicher Ausgang bei einem Falle von gangränösen 163.
—— zur Identitätsfrage der Pocken und 769.
Venae mesaraicae, Thrombose der 922.
Venenpuls bei Tricuspidalerkrankung 619.
—— über aufsteigenden 620.
Venenthrombose, ein Fall von multipler, bei Fettleibigkeit 186.
Verdauungsapparat, Diagnostik der Insufficienz des 951.
Verdauungsstörungen, die diätetische Behandlung der, bei Kindern 803.
Vergiftung durch Extract. filicis maris aeth. 933.
—— zwei Fälle von, mit salpetrigsaurem Natrium 296.
Verhandlungen des med. Kongresses 288.
Verruca dura laryngis, über einen Fall von 408.
Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 336.
Vertigo, laryngealer 388.
Volkssanatorien für Lungenschwindsüchtige 498.
Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes 848.
—— —— Ohrenheilkunde 864.
Vulvo vaginitis, zur Kenntnis der im Kindesalter 61.

Wandermilz im kleinen Becken 605.
Wanderniere, über die, der Frauen 787.
Wann erscheint das Quecksilber des grauen Öls im Urin? 363.
Warzenbehandlung durch innerliche Darreichung von Jodtinktur 536.
Wasserstoffsuperoxyd, einige Fälle, behandelt mit 484.
Weigert'scher Heißluftapparat 623.
Weilii Morbus 421.
Weil's fieberhafte Gelbsucht, weitere Beiträge zur 421.
Weil'sche Krankheit, Ikterus, fieberhafter, mit Nephritis und Milzschwellung 421.
—— —— zur Kenntnis der sog. 688.
—— —— zur Lehre von der infektiösen fieberhaften, mit Ikterus komplicirten Gastroenteritis 420.
Wesshalb erzeugt intravenöse Einbringung von Glycerin weniger sicher Hämoglobinurie als subkutane? 283.
Wissenschaft und Praxis in den letzten 50 Jahren 856.
Wuthgift 919.
—— Virulenz der Nebennieren von Kaninchen nach Impfung mit 730.
Wuthkrankheit, neue Untersuchungen über 36.

Xanthoma multiplex, ein Fall von, mit Leberleiden 203.
Xeroderma pigmentosum 798.
Xerostomie, über 261.

Zehnter internationaler med. Kongress 319.
Zoster femoralis im Anschlusse an eine intramuskuläre Salicyl-Quecksilberinjektion 364.
—— gangraenosus und Zoster hystericus, über atypischen 22.
—— ophthalmicus, über einen Fall von, bei krupöser Pneumonie 364.
Zuckerbestimmung, quantitative, im Harn 706.
Zungentonsille, Beiträge zur Pathologie der 205.
Zwitterthum, über psychosexuales 240.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 1. **Sonnabend, den 4. Januar.** **1890.**

Inhalt: I. **Loebisch** und **v. Rokitansky**, Zur Chemie der bronchektatischen Sputa. (Vorläufige Mittheilung.) — II. **Eulenburg**, Über den diagnostischen Werth des Charcot-Vigouroux'schen Symptoms bei Basedow'scher Krankheit. (Original-Mittheilungen.)

1. **Tangl**, Herzhypertrophie. — 2. **Löffler**, Neue Methode zur Färbung der Wimperhaare und Geißeln von Mikroorganismen. — 3. **Netter**, Bakterien der Mundhöhle. — 4. **Roger** und **Gaume**, 5. **Robin**, 6. **Lépine**, 7. **Roger** und **Gaume**, Toxische Substanzen im Harn bei Pneumonie. — 8. **Suter**, Fleischvergiftungen von Angelfingen und Kloten. — 9. **Huchard**, Angina pectoris hysterica. — 10. **D'Espine**, Paralysen der Kinder. 11. **le Nobel**, Gallenfarbstoffreaktion. — 12. **Toralbo**, Kalkausscheidung. — 13. **Chelmonski**, Magensaft bei chronischen Lungenkrankheiten. — 14. **Mastiunin**, Amöben im Dickdarm. — 15. **Molinari**, Chronische idiopathische Peritonitis. — 16. **Chantemesse** und **Widal**, Wirkung der Antiseptica auf Diphtheriebacillen. — 17. **Völkers**, Sarkom mit rekurrirendem Fieberverlauf. — 18. **V. Mayer**, Leukämie. — 19. **Osler**, Pleuritis pulsans. — 20. **Kaposi**, Zoster gangraenosus und hystericus. — 21. **Bristowe** und **Copeman**, Paroxysmale Hämoglobinurie. — 22. **Bourneville** und **Courbarien**, Blutsverwandtschaft und neuropathische Belastung. — 23. **Catrin**, Simulirter Somnambulismus. — 24. **Hahn**, Hydrargyrum salicylicum.

(Aus dem Laboratorium für angew.-medic. Chemie der k. k. Universität in Innsbruck.)

I. Zur Chemie der bronchektatischen Sputa.

Von

W. F. Loebisch und **P. Freiherr von Rokitansky.**

(Vorläufige Mittheilung.)

Für die Untersuchung pathologischer Sputa wurden neuere Methoden der chemischen Analyse bisher kaum verwerthet. Soeben mit der chemischen Untersuchung der Sputa eines an Bronchektasie Leidenden (Schallwechsel-Erscheinungen je nachdem vor oder nach der Expektoration untersucht wurde) beschäftigt, hielten wir es geboten nachzusehen, ob die zur Isolirung der von Brieger entdeckten Ptomaine aus der Gruppe der Diamine von L. von Udránszky und

E. Baumann aus dem Cystinharn[1] erfolgreich angewandte Methode auch bei der vorliegenden Untersuchung verwerthet werden könnte.

Es wurden die von einem an Bronchektasie Leidenden anfallsweise ausgeworfenen Sputa mit der 6fachen Menge 96%igen Alkohols versetzt, wochenlang aufgesammelt bis ungefähr 2 kg dieser Sputa von der entsprechenden Menge Alkohol überlagert als Untersuchungsmaterial zur Verfügung standen. Zur Prüfung auf Diamine dienten 500 ccm der über dem voluminösen Niederschlage aus den Sputis befindlichen alkoholischen, gelblich gefärbten, ganz klaren und sauer reagirenden Flüssigkeit. Es wurde zunächst der Alkohol durch Destillation und dann auf dem Wasserbade verjagt und der Rückstand mit Wasser aufgenommen. Hierbei schied sich ein lockerer Niederschlag aus, von dem durch Filtriren getrennt wurde. Die wässerige Lösung reagirte schwach sauer, sie wurde zur Entfernung etwa noch vorhandener flüchtiger Fettsäuren mit einigen Tropfen verdünnter Salzsäure versetzt, auf dem Wasserbade mäßig eingeengt. Der Rückstand löste sich in kaltem Wasser wieder nur theilweise. Es wurde filtrirt und das klare Filtrat durch weiteren Zusatz von Wasser auf ein Volum von 500 ccm gebracht. Die so erhaltene Flüssigkeit wurde nun mit 200 ccm Natronlauge von 10% versetzt und mit 25 ccm Benzoylchlorid bis zum Verschwinden des Geruches des letzteren geschüttelt. Es entstand ein voluminöser Niederschlag, von dem abfiltrirt wurde.

Durch Behandlung sowohl des Niederschlages als des Filtrates in der von L. von Udránszky und E. Baumann in der oben citirten Arbeit angegebenen Weise gelang es uns, in Wasser und in Natronlauge unlösliche, in Alkohol lösliche Körper aufzufinden, welche wir nach ihrem Verhalten bei der Abscheidung und nach ihrer Krystallform (prismatische Nadeln und quadratische Plättchen) nach den bisherigen Erfahrungen als Benzoylverbindungen von Diaminen betrachten dürfen. Die aus der weingeistigen Lösung des Niederschlages, so wie die aus der weingeistigen Lösung der aus dem Filtrate nach Ansäuern mit Schwefelsäure und Ausschütteln mit Äther, schließlich nach dem Behandeln mit Natronlauge und mit Wasser erhaltenen Krystalle, schmolzen zwischen 134—136° C. Es wurden die beiden krystallinischen Produkte, deren Gewicht zusammen nur 0,0682 g betrug, in der Weise umkrystallisirt, dass sie vorerst in einer möglichst geringen Menge Weingeist gelöst und dann die Lösung in das 20fache Volum Äther eingegossen wurde. Dabei schied sich in einigen Stunden schon, von der oberen Begrenzungsfläche der Lösung an der Glaswand, eine sehr geringe Menge nadelförmiger, fettglänzender Krystalle aus, dieselben zeigten einen Schmelzpunkt von 154° C. Da bis nun ein Benzoyl-Diamin von diesem Schmelzpunkt nicht bekannt ist, so müssen wir uns bei der geringen Menge der erhaltenen Krystalle, die weitere Untersuchung derselben vorbehalten, bis wir

[1] Zeitschrift für physiol. Chemie. Bd. XIII. p. 562.

mehr Material gesammelt haben werden. Die Hauptmasse der in alkoholischer Lösung in den Äther eingegossenen Verbindungen blieb jedoch darin gelöst, und erst nach dem beinahe vollständigen Verdunsten des Lösungsmittels schieden sich, den ursprünglichen und den bei 154° C. schmelzenden, ganz ähnliche Krystalle aus, welche bei 125—126° C. schmolzen. Denselben hafteten Spuren einer gelblichen amorphen Substanz an, deren Verhalten gegen Alkohol und Äther sich von dem der Krystalle kaum unterscheidet, so dass durch Abpressen und durch Umkrystallisiren eine Steigerung des Schmelzpunktes der Krystalle, auch in Anbetracht der geringen Menge derselben, nur bis 127° C. erreicht wurde. Diese Krystalle halten wir nichtsdestoweniger für identisch mit der von L. von Udránszky und E. Baumann beschriebenen Benzoylverbindung des Pentamethylendiamins, und zwar des Cadaverins, deren Schmelzpunkt die obengenannten Forscher für die vollkommen reine Substanz wohl zu 129—130° C. angeben, der jedoch durch sehr geringe Verunreinigungen um einige Grade herabgedrückt wird, wie dies auch daraus hervorgeht, dass dieselben auch die Analyse einer ebenfalls bei 126—127° C. schmelzenden Benzoylverbindung des Cadaverins veröffentlichen.

Demnach ist durch unseren Befund das Vorkommen von Cadaverin und eines zweiten noch nicht näher bestimmbaren Diamins im bronchektatischen Sputum nachgewiesen.

Wir wollen die Untersuchung der bronchektatischen Sputa in der Weise weiter führen, dass wir die Diamine auch dann noch erhalten, wenn wir die übrigen Bestandtheile des alkoholischen Auszuges isolirt haben. Doch hielten wir das Ergebnis unseres Versuches für interessant genug, um es mitzutheilen, zugleich mit dem Zwecke, um die Kollegen zum Aufsuchen von Diaminen in pathologischen Sekreten mittels der expeditiven Methode der Benzoylirung anzuregen.

Seitdem nämlich Brieger das Entstehen von Diaminen bei bestimmten Fäulnisprocessen, außerdem in den Kulturen der Cholerabacillen und des Finkler-Prior'schen Vibrios nachgewiesen hatte, wurde das Auftreten solcher Diamine, namentlich des Cadaverins und Putrescins im lebenden menschlichen Organismus bisher nur von L. von Udránszky und E. Baumann in einem Falle von Cystinurie (l. c. p. 2), bald darauf von Stadthagen und Brieger[2] in zwei Fällen von Cystinurie, und zwar sowohl im Urin wie in den Darmentleerungen des Cystinurikers konstatirt. Wenn wir auch beim Aufsammeln der zur Untersuchung verwendeten Sputa dieselben nicht unmittelbar in Alkohol aufnahmen, so war doch die Frist zwischen der Expektoration derselben und deren Übertragung in Alkohol — die in keinem Falle mehr als zwei Stunden betrug — eine so kurze, dass wir das von uns im bronchektatischen Sputum aufgefundene Cadaverin als ein Produkt eines innerhalb der Bronchien verlaufenden eigenartigen Fäulnisprocesses betrachten möchten.

[2] Virchow's Archiv Bd. CXV. Hft. 3 und Berliner klinische Wochenschrift 1889. No. 16.

II. Über den diagnostischen Werth des Charcot-Vigouroux-schen Symptoms bei Basedow'scher Krankheit.

Von

Prof. **Eulenburg** in Berlin.

Das Charcot-Vigouroux'sche Zeichen — die Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes bei Basedow'scher Krankheit — ist nach den Untersuchungen von Martius[1], mir[2] und Kahler[3] dahin zu präcisiren, dass insbesondere das **relative** Widerstandsminimum in der Regel herabgesetzt, zugleich der zeitliche Ablauf der Widerstandskurve erheblich beschleunigt ist, so dass es sich in charakteristischen Fällen um ein äußerst rapides Eintreten des relativen Widerstandsminimums handelt. Außerdem ist auch das absolute Widerstandsminimum meist ziemlich niedrig und schon mit verhältnismäßig geringer elektromotorischer Kraft erhältlich; doch sind diese letzteren Erscheinungen (wie ich bereits an anderem Orte ausgeführt habe) weniger leicht darstellbar und aus diesen wie aus anderen Gründen differentialdiagnostisch in geringerem Grade verwerthbar.

In meiner zweiten Publikation über den Gegenstand habe ich das für die Exploration wichtigste Ergebnis in den Worten zusammengefasst: »Man kann also behaupten, dass ein niedriges, zwischen 1000 und 2000 Ohm liegendes und dabei rasch erreichbares relatives Widerstandsminimum bei geringer elektromotorischer Kraft (10 Siemenselemente) ein bei Basedow'scher Krankheit gerade nicht konstanter, aber doch überwiegend häufiger Befund ist.« Ich stützte dieses Ergebnis auf die Untersuchung von 13 Fällen, habe übrigens auf die Schwierigkeit einer differentialdiagnostischen Verwerthung, namentlich auf den in 2 Fällen beobachteten Wechsel und das ziemlich bedeutende Schwanken des Phänomens im Verlaufe der Krankheit ausdrücklich hingewiesen.

Abgesehen von anderen, meines Erachtens minder berechtigten Einwendungen ist gegen diese Untersuchungsergebnisse hauptsächlich geltend gemacht worden, dass sie auf ein noch zu geringes Beobachtungsmaterial sich gründen (Franz[4]). Dieses Bedenken erscheint allerdings vollkommen zutreffend. Ich habe desshalb im Laufe des letzten Jahres noch in 15 weiteren zu meiner Beobachtung gekommenen Fällen von theils unzweifelhaft echter, theils zweifelhafter Basedow'scher Krankheit das relative Widerstandsminimum nach der gleichen früher beschriebenen Methode — meist wiederholt, in ein-

---

[1] Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XVIII. Hft. 2.

[2] Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 1887. No. 17. — Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1 u. 2.

[3] Zeitschrift für Heilkunde Bd. IX. p. 365.

[4] Centralbl. f. Nervenheilkunde 1889. No. 6. p. 178.

zelnen Fällen sogar fast Tag für Tag, während der ganzen Behandlungsdauer — exploratorisch gemessen. Mit Einschluss der 13 früheren beläuft sich die Gesammtzahl der untersuchten Fälle somit auf 28. Die 15 neuen Beobachtungsfälle sind in der folgenden Tabelle kurz zusammengestellt, und zwar sind die ersten 11 Fälle (14—24) solche, in denen von vorn herein die Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf echte Basedow'sche Krankheit gestellt wurde, während in den letzten 4 Fällen (25—28) auf Grund des anderweitigen Befundes berechtigte diagnostische Bedenken gehegt werden mussten. 2 Fälle (19 und 24) waren mit leichten hysterischen Symptomen komplicirt. Auch sei noch auf das gleichzeitige Vorkommen von Basedow'scher Krankheit bei Mutter und Tochter (Fall 17 und 18) hingewiesen.

Nummer	Namen, Alter etc.	Bemerkungen (Symptome, Krankheitsverlauf)	Relatives Widerstandsminimum am Thorax (10 Siemens. Elemente) in Ohmschen Einheiten
14	P., Kaufmann, 36 Jahre.	Lues vor 12 Jahren; wiederholte Lungenkatarrhe, Neigung zu Lungenphthise. Schwerer Fall, seit 2 Jahren allmählich entstanden; große Mattigkeit, allgemeine Schwäche, Zittern der Hände, häufig erschöpfende wässrige Diarrhoen, profuses Schwitzen (besonders am Kopf), bronzeartige Gesichtsfarbe, am Körper mehr fahlgelb und unregelmäßig pigmentirt. Halsumfang 38, weiche Struma mit lauten, schwirrenden Geräuschen, starke Herzpalpitationen, Pulsfrequenz bis 144; keine Dilatation, keine Herzgeräusche. Leichter Exophthalmus, Andeutung des Gräfe'schen Symptoms, etwas Strabismus divergens (alte Parese des linken Rectus internus). Kniephänomene schwach, linksseitiger Fußklonus. Absinken des Körpergewichts von 160 auf 135 Pfund. Ungebessert.	900—750 (LW sinkt fast momentan nach Stromschluss bis auf 1400; das Minimum nach kaum 1 Minute erreicht).
15	Frl. v. B., 19 Jahre.	Die typischen Kardinalsymptome sämmtlich sehr hochgradig ausgesprochen; auch Zittern, Gräfe'sches Symptom, Tâches cérébrales, Vomituritionen, öfters wässrige Diarrhoen. An der Herzspitze systolisches Blasen (anämisch). Anfallsweise heftige Hustenparoxysmen und Heiserkeit ohne örtlichen Befund (laryngeale Krisen). Abmagerung. Das Leiden seit 15. Monaten nach sehr deprimirenden Gemüthseindrücken (Krankenlager und Tod des Vaters) entstanden. Fast völlige Heilung durch Playfair'sche Kur und Elektricität, später Aufenthalt in St. Blasien.	1200—1000 (LW nach Kettenschluss ca. 3000; das Minimum nach 2—2½ Minuten erreicht).
16	Fräulein Streckert, 22 Jahre.	Seit mehreren Jahren Exophthalmus, weiche Struma, Palpitationen. Herz etwas dilatirt, Pulsfrequenz über 100; leichter Tremor, etwas Nystagmus. Haut warm, mäßig transpirirend.	1900—1800 (LW nach Stromschluss über 5000; Minimum nach 2—3 Minuten).
17	Frau Rahmer, 44 Jahre.	Leiden seit 2 Jahren (nach Voraufgehen von Fieber und Brustschmerzen). Zittern, Tachykardie (über 120), weiche Struma mit schwirrenden Ge-	805 (Minimum nach kaum 1 Minute).

Nummer	Namen, Alter etc.	Bemerkungen (Symptome, Krankheitsverlauf)	Relatives Widerstandsminimum am Thorax (10 Siemens. Elemente) in Ohmschen Einheiten
		räuschen, diffuser Herzstoß, sehr verstärkte Herztöne, stark klopfende Carotiden bei kleinem schwachem Radialpuls; große Mattigkeit, gelbfahles Aussehen. Kein deutlicher Exophthalmus. Haut heiß, theilweise schwitzend.	Es konnte nur eine Bestimmung gemacht werden.
18	Fräulein Rahmer (Tochter der Vorigen), 21 Jahre.	Seit ca. 2 Jahren. Mäßiger Exophthalmus, kein Gräfe'sches Symptom, große weiche Struma, Schwirren, Halsumfang 34½ cm. Palpitationen, Puls 130—140, starkes Zittern und Fliegen des Oberkörpers. Haut heiß, stark schwitzend.	900—850 (Fast unmittelbar nach Stromschluss Herabgehen des LW bis auf 970; Minimum nach weniger als 1 Minute).
19	Fräulein Manasse, 27 Jahre.	Weiche Struma seit mehreren Jahren, Herzklopfen, Tachykardie (Puls 136), Wadenkrämpfe, Zittern, Übelkeiten; rascher Wechsel der Hautfarbe, Frost- und Hitzegefühle. Kein Exophthalmus, dagegen Gräfe'sches Symptom angedeutet, erschwerte Konvergenz. Globus. Ohnmachten, Schwindelgefühle, sehr anämisches Aussehen.	2100—2000 (Minimum erst nach 4—5 Minuten).
20	Frau Buchholz, 32 Jahre.	Palpitationen seit 1½ Jahren, Struma und Exophthalmus seit einem Jahre, hochgradiges, fast beständiges Zittern (ca. 300 in der Minute); Haut heiß und sehr feucht, besonders die Handteller stark schwitzend, Gesicht oft glühend roth, Tâches cérébrales. Kopfschmerz, Übelkeit und Erbrechen, zuweilen wässrige Durchfälle; Amenorrhoe. Laute Halsvenengeräusche; kein Gräfe'sches und Stellwag'sches Symptom; Konvergenzschwäche.	700—650 (das Minimum fast momentan erreicht).
21	Frau Wagner, 28 Jahre.	Vor 3—4 Jahren Ikterus; vor fast 1 Jahre Abortus, starke Blutverluste. Seitdem Entwicklung der Krankheitssymptome. Mäßiger Grad des Leidens; Exophthalmus ohne Gräfe'sches Symptom, Strabismus convergens; Herzdämpfung etwas verbreitert, beschleunigter, öfters aussetzender Puls; weiche große Struma. Blasse Gesichts- und Hautfarbe, Kopfdruck, Zittern; Haut warm, häufig schwitzend.	1150 (das Minimum nach ca. 3 Minuten erreicht). Es konnte nur eine Bestimmung gemacht werden.
22	Frau Hand 28 Jahre.	Das Leiden soll sich nach einer im vorigen Jahre vollzogenen Unterleibsoperation (Prolaps) und Chloroformnarkose — aus der Pat. mit Schreikrämpfen erwachte — entwickelt haben. Exophthalmus und Struma sehr bedeutend; über letzterer laute sausende Geräusche, Halsumfang fast 35 cm. Puls 140, mäßige Hypertrophia cordis; starke Schweiße, besonders Nachts; Haut stets heiß, feucht. Anfallsweise Kopf- und Rückenschmerzen, Ohnmachten, Erbrechen. Menses regelmäßig; nur etwas Fluor albus.	1100—1050 (das Minimum nach 2—2½ Minuten).
23	Dressler, Kaufmann, 26 Jahre.	Struma und Exophthalmus seit ca. 1 Jahre, Palpitationen schon länger, Herzhypertrophie, Gräfe'sches Symptom, Zittern (über 300 in der Minute), Schweiße, heiße, feuchte Haut, Neigung zu	800—750 (der LW geht fast momentan auf ca. 900 her-

Nummer	Namen, Alter etc.	Bemerkungen (Symptome, Krankheitsverlauf)	Relatives Widerstandsminimum am Thorax (10 Siemens. Elemente) in Ohmschen Einheiten
		plötzlichem Rothwerden; öfters wässrige Diarrhoen	ab; das Minimum schon nach weniger als 1 Minute).
24	Frau S., 41 Jahre.	Früher chlorotisch, öfters Herzklopfen, Dysmenorrhoe. Charakter und Wesen entschieden hysterisch. Seit ca. 1 Jahre (nach Gemüthsaffektion) Starkwerden des Halses mit vermehrten Palpitationen, Exophthalmus, Unruhe, allgemeines Übelbefinden, heftige Kopf- und Rückenschmerzen. Auch Zittern, Übelkeiten, Diarrhoen, Schweiße, Tâches cérébrales. Frostgefühl; Haut warm, meist trocken. Halsumfang 33 cm. Bei elektrischer Behandlung und Landaufenthalt bedeutende Besserung.	1800—1500 (ziemlich langsame Widerstandsabnahme).
25	Frau G., 33 Jahre.	Die Struma wird auf einen Fall von der Treppe vor 4 Monaten (mit Hinterlassung einer Stirnnarbe) zurückgeführt; sie betrifft vorwiegend den rechten Seitenlappen, keine Geräusche, Halsumfang 33 cm. Kein Exophthalmus, überhaupt keine Augensymptome. Puls 120, regelmäßig; Zittern der Hände und Füße; Gesichtsfarbe blass, Haut warm, mäßig feucht. Menses etwas vermehrt, öfters unregelmäßig. Zucken, Frost- und Hitzegefühl, keine Verdauungsstörungen.	2100 (langsame Widerstandsabnahme; Minimum erst nach ca. 5 Minuten).
26	Frau Pott, 36 Jahre.	Das Leiden soll nach einer Halsentzündung vor einigen Monaten entstanden sein. Vorwiegend rechtsseitige weiche, nicht pulsirende Struma; kein Exophthalmus, Lidspalte links etwas enger, linke Gesichtshälfte röther und heißer als rechte. Herz mäßig beschleunigt; Kopfschmerz, Gefühl von Brennen und Stechen in der Haut; Menses normal, meist sehr spärlich. Halsumfang 31 cm. Kein Tremor.	2400 (langsame Abnahme, Minimum erst nach 5—6 Minuten).
27	Frl. E., 21 Jahre.	Leiden seit $1^1/_2$ Jahren mit allgemeiner Schwäche, Zittern Angstgefühl, Herzklopfen, Struma seit einem halben Jahre bemerkt. Anämisches Aussehen, Haut an Händen und Thorax ziemlich feucht, Zittern ca. 240 in der Minute. Keine okulären Symptome, nur etwas Zittern beim Lidschlag. Weiche Struma ohne Geräusche und Pulsationen. Puls 100—108. Schmerzhaftigkeit auf Druck in der Fossa auriculo-mastoidea; Gesicht häufig Morgens etwas geschwollen.	3700—3500 (langsame Widerstandsabnahme; Minimum nach 4—5 Minuten).
28	Frl. K., 19 Jahre.	Struma seit 4—5 Jahren, Palpitationen seit 3 Jahren. Chlorotisches Aussehen. Strumektomie des linken Schilddrüsenlappens (J. Wolff) am 26. November 1888; Besserung bis September 1889, seitdem Schmerzen im Halse, Herzklopfen, Zittern, Druckgefühl in den Augen, allgemeine Mattigkeit. Keine Augensymptome. Rechtsseitige konsistente Struma, uneben höckerig, Halsumfang 37 cm. Puls regelmäßig, 100—106, am Herzen keine Veränderung. Warme, nicht feuchte Haut, Dysmenorrhoe, häufig Ohnmacht und Schwindel.	4800—4500 (langsame Abnahme; Minimum nach ca. 3 Minuten).

Es sind unter den vorstehenden 15 Fällen (2 Männer, 13 Frauen) entschieden wenigstens 5, bei welchen das in Rede stehende Symptom in ungewöhnlich hochgradiger und frappirender Weise hervortrat, nämlich die Fälle 14, 17, 18, 20 und 23 (2 Männer, 3 Frauen). In allen diesen Fällen wurde das relative Widerstandsminimum öfters fast momentan, immer in weniger als einer Minute erreicht, und betrug sehr erheblich weniger als 1000 Ohm, nämlich 750, 805, 850, 650, 750 Ohm. Einen ziemlich niedrigen Stand der relativen Minima zeigen auch die Fälle 15, 21 und 22, jedoch mit minder raschem Absinken der Widerstandskurve; etwas höhere Werthe ergeben die Fälle 16, 19 und 24, wobei jedoch überall die relativen Minima noch unter den durchschnittlichen Normalwerthen (3400—5000 Ohm) bedeutend zurückbleiben. Bemerkenswerth ist, dass die letztgenannten Fälle 19 und 24 leichte hysterische Komplikationen darboten; es könnte daher der etwas höhere Stand der relativen Minima hierauf bezogen werden, da nach Romain Vigouroux bei Hysterischen auch ohne nachweisbare Anästhesie eine Vermehrung des galvanischen Leitungswiderstandes vorhanden sein soll. Ich habe desshalb kürzlich bei 4 Hysterischen ohne ausgesprochene Anästhesien den galvanischen Leitungswiderstand in der Form des relativen Widerstandsminimums am Thorax nach ganz gleicher Methode wie bei Basedow'scher Krankheit gemessen. Die in diesen 4 Fällen erhaltenen Werthe waren: 1) 1800; 2) 1800—2100; 3) 4000; 4) 5400 Ohm. Das relative Widerstandsminimum wurde in sämmtlichen Fällen erst langsam, nach $3^1/_2$—5 Minuten, erreicht. Es geht daraus wenigstens so viel hervor, dass der galvanische Leitungswiderstand bei Hysterischen ohne Anästhesien sehr ungleich, keineswegs immer vermehrt, im Gegentheil in einzelnen Fällen auch erheblich vermindert sein kann, und dass relative Widerstandsminima von 1800—2000 Ohm noch nichts für Basedow'sche Krankheit Charakteristisches haben, sondern u. A. auch bei Hysterie ohne Basedow'sche Komplikation vorkommen können.

Die von vorn herein als diagnostisch zweifelhaft angesehenen Fälle 25—28 ergaben sämmtlich höhere Werthe für die relativen Widerstandsminima (2100—4800), bei langsamerer Widerstandsabnahme.

Unter der Gesammtzahl der von mir untersuchten 28 Fälle sind im Ganzen 6, in welchen das relative Widerstandsminimum erheblich unter 1000 zurückblieb; 14, in welchen es zwischen 1000 und 2000 lag; 8, in welchen es 2000 und darüber betrug — und zwar 4mal zwischen 2000 und 3000, 1mal zwischen 3000 und 4000, 3mal zwischen 4000 und 5000. Von den 8 Fällen letzterer Kategorie könnten möglicherweise nicht bloß die Fälle 25—28, sondern auch noch zwei andere (9 und 19) zu diagnostischen Bedenken Veranlassung geben. Immerhin bleiben jedoch noch vereinzelte Fälle (so besonders 4 und 5 meiner früheren Tabelle), in welchen das relative Widerstandsminimum ziemlich hoch war,

über 3000 und sogar über 4000 hinausging, und ein diagnostischer Zweifel dennoch gegenüber dem anderweitigen Befunde und dem ganzen Krankheitsverlaufe völlig ausgeschlossen erscheint. Wir müssen uns also damit abfinden, dass die durch rasches Absinken des Leitungswiderstandes bedingte Abnahme der relativen Widerstandsminima bei Basedow'scher Krankheit ein zwar wichtiger und diagnostisch schätzbarer, aber nicht unbedingt pathognomonischer und eben so wenig ganz konstanter Befund ist. Wo wir das Symptom freilich in der Weise ausgesprochen finden, wie in den obigen 6 Fällen der ersten Kategorie, darf dasselbe in gewissem Sinne wohl eine pathognomonische Geltung beanspruchen; wenigstens liegen ähnliche Beobachtungen bei anderweitigen Krankheiten oder bei gesunden Personen meines Wissens nicht vor. Doch scheint nur die Minorität (etwa ein Viertel) der Fälle von Basedow'scher Krankheit auch bei genauester Untersuchung das Symptom in so exquisiter, jeden Zweifel ausschließender Weise zu zeigen. Immerhin ist auch in der großen Mehrzahl der übrigen Fälle das Ergebnis der rasch und leicht auszuführenden Untersuchung meist sicher genug, um eine direkte differentialdiagnostische Verwerthung bei zweifelhaften oder rudimentären Fällen (sog. Forme fruste) von Basedow'scher Krankheit öfters zu ermöglichen.

Im Allgemeinen wird — wie ich dies schon in einer früheren Arbeit ausführte — die Anschauung festzuhalten sein, dass für die Diagnostik der Basedow'schen Krankheit der Nachweis der charakteristischen Herabsetzung des galvanischen Leitungswiderstandes eine werthvolle positive — das Fehlen dieses Zeichens aber keine unbedingt negative Instanz bildet.

---

1. **Franz Tangl.** Über die Hypertrophie und das physiologische Wachsthum des Herzens. Experimentelle und histologische Untersuchung aus dem Institut für allgemeine Pathologie und Therapie der Universität zu Budapest. (Preisgekrönte Arbeit.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVI. p. 432.)

Der Verf. untersuchte sowohl das physiologisch wachsende Herz, wie das nach künstlich erzeugter Aorteninsufficienz hypertrophische Herz des Kaninchens und kam dabei zu folgenden wesentlichen Resultaten.

Im embryonalen Leben und eine Zeit lang nach der Geburt wächst das Herz durch Volumszunahme und Theilung der Muskelzellen. Später beruht das Wachsthum des Herzens wesentlich auf Vergrößerung der Muskelzellen.

Der Hypertrophie des linken Ventrikels nach Aorteninsufficienz

geht stets Dilatation desselben voraus. Die Hypertrophie kann sich auch bei sehr ungünstigem allgemeinen Ernährungszustande entwickeln.

Das Wesen der Hypertrophie besteht in der Vergrößerung der Muskelzellen, deren prägnantester Ausdruck das Messungsresultat ist, nach welchem mit dem Herzgewicht der Muskelzellenquerdurchmesser gleichmäßig wächst. — Eine Vermehrung der centralen Kerne in den Herzmuskelfasern findet nicht statt.

Der Bindegewebsvermehrung kommt bei der Volumsvergrößerung des Herzens eine wesentliche Rolle nicht zu: Die in dem hypertrophischen Herzen des Menschen so häufig gefundene Bindegewebsvermehrung steht in direktem Zusammenhange mit den entzündlichen Processen, welche in der Intima der Arterien, oder dem Endocard des hypertrophischen Herzens vorhergehen.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **Löffler.** Eine neue Methode zum Färben der Mikroorganismen, im Besonderen ihrer Wimperhaare und Geißeln.

(Centralblatt für Bakteriologie 1889. Bd. VI. No. 8—9.)

Vorliegende Mittheilung bedeutet einen wichtigen Fortschritt in den bakteriologischen Methoden. Vor der Färbung mit einer schwach alkalischen Anilinwasserfarbstofflösung beizt L. die Deckglaspräparate mit einer Ferrosulfatanninlösung, der Kampescheholzdekokt zugesetzt ist. Hat man durch Verdünnung des Materials dafür Sorge getragen, dass die Eiweiß- oder mucinhaltige Flüssigkeit, in der die Mikroorganismen suspendirt sind, die Färbung möglichst wenig durch Bildung von Niederschlägen stört, so erhält man ein vorzüglich intensives und klares Bild der Organismen. Zum Beweis dessen sind Mikrophotogramme beigegeben. Vor Allem werden durch diese Färbung die Geißelfäden mit ihren verschiedenen morphologischen Charakteren sichtbar, während ihr Nachweis bisher bekanntlich nur selten und mangelhaft geglückt ist.

Von den gekrümmten Bakterien interessiren hier besonders die Cholerabakterien: es hat jeder Kommabacillus, und zwar meist nur an einem Ende, eine wellig gebogene Geißel, welche 1—$1^1/_2$mal so lang und $^1/_5$—$^1/_8$ so dick wie das Komma selbst ist. Beim Typhusbacillus hingegen gelang der Nachweis von Geißeln trotz vieler Bemühungen nicht.

Die Methode L.'s, die er selbst mannigfach variirt hat, erschließt schon jetzt eine Fülle neuer morphologischer Thatsachen und wird vermuthlich unter Beibehaltung des grundlegenden Princips der Beizung in Sicherheit und Leichtigkeit der Ausführung noch weiter vervollkommnet werden.

H. Neumann (Berlin).

---

3. **Netter.** Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains, maladies qu'ils provoquent etc.

(Revue d'hygiene 1889. No. 6.)

Die Bedeutung der Hygiene der Mundhöhle für die Prophylaxe primärer und sekundärer Infektionskrankheiten ist schon seit geraumer Zeit vermuthet worden, aber erst die neue bakteriologische Ära hat sie eingehend begründet. Sind auch die primären Erkrankungen der Mund-Rachenhöhle noch nicht genügend bakteriologisch durchgearbeitet, so ist es doch möglich und — bei der großen praktischen Bedeutung — auch an der Zeit, einen Überblick über die in der Mundhöhle schmarotzenden pathogenen Mikrobien und die von ihnen gesetzten Erkrankungen benachbarter Organe zu geben. N. thut dies in der vorliegenden Mittheilung, bekannte Beobachtungen aus seiner eigenen sehr reichen Erfahrung ergänzend.

In der Rachen-Mundhöhle des Gesunden ist von pathogenen Organismen bisher gefunden: der Pneumoniecoccus, der Streptococcus pyogen., der Friedländer'sche Pneumoniebacillus und der Staphylococcus pyogen.

Bei einer Untersuchung des Speichels 127 gesunder Personen fand N. den Pneumococcus bei denen, die früher eine Pneumonie gehabt hatten, in 80 %, bei denen, die niemals eine solche gehabt hatten, in 20 % der Fälle. Den Streptococcus fand er in 5 %, den Pneumoniebacillus in 4,5 %, den Staphylococcus in fast allen Fällen — Zahlen, welche noch hinter der Wirklichkeit zurückbleiben dürften.

Von der Bedeutung des Pneumococcus giebt die Thatsache ein Bild, dass, abgesehen von den zahlreichen Untersuchungen Anderer, N. selbst ihn immer bei Pneumonie, in 32,5 % bei Bronchopneumonie, in 35,2 % bei eitriger Pleuritis, in 42 % bei Mittelohrentzündung, in 64 % bei eitriger Meningitis, in 38 % bei ulceröser Endocarditis fand (bei der Untersuchung von in Sa. 248 Krankheitsfällen!).

Der Streptococcus pyog. wird bei den verschiedensten inneren Eiterungen, eitrigen Gelenkentzündungen, Pyämie und Septikämie häufig gefunden, abgesehen davon, dass er auch nach N.'s Ansicht mit dem Erysipelcoccus identisch ist. (Untersuchung von 231 Fällen von Bronchopneumonie, Empyem etc., in denen er sich in 45,4 % fand.)

Der Friedländer'sche Bacillus kommt seltener vor; er fand sich bei Bronchopneumonie und Otitis; auch wurde er von N. in je einem Fall von eitriger Pleuritis und cerebrospinaler Meningitis beobachtet.

Die genannten Organismen führen nun häufig zur Erkrankung der Organe, welche zu der Rachen-Mundhöhle in Beziehung stehen. Bei der Pneumonie findet sich der Pneumoniecoccus, bei der Bronchopneumonie er und der Streptococcus; von der entzündeten Lunge her kann ein Empyem verursacht werden, welches auch andererseits von einer Streptococcus-Angina aus durch eine retropharyngeale Phlegmone vermittelt werden kann. Ferner spielt für die Ätiologie der Mittelohr- und Gehirnhautentzündungen die Einwanderung patho-

gener Mundmikrobien eine wichtige Rolle (siehe Orig.). Dieselbe kommt seltener für Erkrankungen der Bauchhöhle in Betracht, da der normale Magensaft die Pneumo- und Streptokokken zerstört: in 3 Fällen sah jedoch N. den Streptococcus bis zum Darm vordringen; in einem Fall von Magencarcinom konnte der Streptococcus (in Folge der mangelnden Thätigkeit des Magensaftes) vom Magen aus zu einer eitrigen Pleuritis führen. (Vgl. hiermit 2 Fälle Weichselbaum's von primärer durch den Pneumoniecoccus verursachter Peritonitis bei Magencarcinom, bez. Ulcus ventric. rotund. Ref.)

Die Bedingungen zur Ansiedelung der Bakterien in der Mundhöhle sind in Anbetracht der Lage und Funktion dieses Organs, seiner Temperatur und der alkalischen Reaktion des Speichels sehr günstige. Darum kann der Pneumoniecoccus noch elf und mehr Jahre nach überstandener Pneumonie sich im Speichel finden und eben so der Streptoc. nach Heilung eines Erysipels in ihm zurückbleiben — eine für die Recidive beider Krankheiten wichtige Thatsache. Für die erste Ansiedelung der Keime lässt sich zuweilen die Abhängigkeit von einer Umgebung nachweisen, welche durch den Aufenthalt Geheilter oder noch Kranker mit ihnen erfüllt ist. Die pathogenen Keime des Mundes bleiben unschädlich, so lange die Verrichtungen funktioniren, welche die Nebenhöhlen, die Eustachi'schen Trompeten, die Bronchien, den Verdauungstract und die Rachenmundhöhle selbst schützen. Wird dieser Schutz durch Traumen, Kälte oder motorische Störungen und specifische Erkrankungen aufgehoben, so machen sie einen Vorstoß und dringen z. B. in die scarlatinös entzündete Tonsille und von dort in den Kreislauf ein — eine genügende Stärke der Virulenz und die Empfänglichkeit des letzteren vorausgesetzt. (Über die Abhängigkeit der Virulenz des Pneumoniecoccus des Speichels von der Jahreszeit siehe das Orig.)

Man wird hiernach durch Bekämpfung der pathogenen Bakterien des Mundes die Häufigkeit, bez. die Schwere bestimmter Erkrankungen herabsetzen können. **H. Neumann** (Berlin).

---

4. **Roger** et **Gaume.** Note sur le pouvoir toxique de l'urine dans la pneumonie.
(Compt rend. de la soc. de Biol. 1889. No. 14. p. 257.)

5. **A. Robin.** Des décharges précritiques dans les maladies aiguës.
(Ibid. No. 15. p. 282.)

6. **R. Lépine.** Sur la toxicité des urines chez les pneumoniques.
(Ibid. No. 16. p. 301.)

7. **Roger** et **Gaume.** Les matières extractives et la toxicité de l'urine dans la pneumonie.
(Ibid. No. 18. p. 328, so wie Rev. de méd. 1889. p. 346 u. 403.)

R. und C. beschäftigen sich in dieser Arbeit mit der Toxicität des Urins während des Verlaufs der Pneumonie. Sie injicirten zu

diesem Zweck von 10 Sekunden zu 10 Sekunden 1 ccm filtrirten Urin von pneumonischen Individuen in die Ohrvene von Kaninchen bis zum Tode des betreffenden Thieres. Außerdem bestimmten sie genau die 24stündige Harnmenge, die Reaktion, das spec. Gewicht, den Gehalt an Harnstoff, an Chlor und in vielen Fällen auch an Kali. Sie fanden, dass die Pneumoniker während des Fiebers 2 bis 3 mal weniger toxische Substanzen im Urine ausscheiden, als gesunde Personen. Der pneumonische Urin (immer auf 24 Stunden bezogen) tödtet nur 8 bis 10 Kilogramm Thier, während der gesunde Urin 25 bis 30 kg tödten kann. Je mehr der pneumonische Process fortschreitet, desto geringer wird die Toxicität des Harns; sie erreicht ihr Minimum 1 oder 2 Tage vor der Krise, um dann während oder kurz vor derselben eine plötzliche Steigerung zu erfahren, die 24 bis 48 St. anhält. Der urotoxische Koefficient ist während der Krise so groß meistens wie der des normalen Urins, er kann aber auch geringer und in einzelnen Fällen sogar höher sein. Nach der Krise nimmt die Toxicität langsam oder schnell ab und kann während der Rekonvalescenz wieder ganz minimal werden. Bei dem Zustandekommen der Toxicität des Urins scheinen die Kalisalze eine große Rolle zu spielen, allein man muss außerdem noch die Existenz von anderen Giften (Alkaloiden) annehmen, die bis jetzt noch nicht bekannt sind. Der pneumonische Urin unterscheidet sich von dem normalen dadurch, dass er in viel höherem Maße Salivation und Konvulsionen erzeugt; sonst sind die Symptome absolut gleich, es stellt sich Myosis und starker Wärmeverlust bei den Thieren ein. —

In seiner Mittheilung nimmt Robin für sich die Priorität der Frage nach den toxischen Wirkungen des Urins im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten in Anspruch. Er will dieselbe schon 1877 gelöst haben, und erinnert an folgende von ihm beim Typhus und bei allen Krankheiten, die mit typhösen Zuständen einhergehen können, gefundenen Thatsachen. 1) Je schwerer die Krankheit, desto geringer die Menge der Extraktivstoffe im Urin, desto größer ihre Menge im Blute. 2) Die Ausscheidung dieser festen Stoffe ist am geringsten während der Krankheit, sie wird stärker während der Defervescenz und erreicht ihre größte Höhe in der Rekonvalescenz. 3) Jedes wirklich kritische Symptom ist von einer vermehrten Ausscheidung dieser Extraktiv- und dieser toxischen Stoffe begleitet. 4) Es giebt sogenannte präkritische Eliminationen, denn in 75 % der Typhusfälle nahm die Menge dieser festen Stoffe bereits 24 St. vor dem Sinken der Körpertemperatur unter 38° zu. —

L. hat in Gemeinschaft mit Guérin aus alkalisch gemachtem Urin von Pneumonikern durch Äther ein Alkaloid mit mehr oder weniger ausgesprochenen toxischen Eigenschaften, schon i. J. 1884 isoliren können. Dies Alkaloid wirkt toxisch, wenn es aus dem Urin gewonnen wird, der um die Zeit der Krise gelassen ist. Es erzeugt beim Frosch stark erhöhte Reflexbewegbarkeit, der Tod tritt nach 48 St. ein. Wurde aber dies Alkaloïd aus Urin von 3 Tagen nach

der Krise hergestellt, so zeigte es keine toxischen Wirkungen. Dieselben Resultate erhielt L., wenn er seine Versuche mit Urinextrakt anstellte, dem die Kalisalze vorher entzogen waren. —

R. und G. wenden sich in ihrer 2. Mittheilung besonders gegen die Prioritätsansprüche von Robin. Robin hat zu seinen Untersuchungen nur den Typhus abdominalis und die typhusähnlichen Zustände herangezogen, die sämmtlich lytisch und nicht wie die Pneumonie kritisch endeten. Weiterhin hat Robin seine festen Extraktivstoffe mit den toxischen Substanzen des Urins identificirt, was keineswegs gestattet ist; übrigens hat er mit seinen Extraktivstoffen keine Thierversuche angestellt. **E. Levy** (Straßburg i/E.).

---

8. **J. J. Suter.** Die Fleischvergiftungen von Angelfingen und Kloten.

(Hygienische Tagesfragen 1889. No. 6.)

S. giebt uns eine ausführliche, aktenmäßige Darstellung der beiden berühmten Fleischvergiftungen bei Zürich v. 1839 und 1878, so wie einiger kleineren in derselben Gegend beobachteten von ähnlichem Verlauf. Er vertritt mit aller Entschiedenheit den Standpunkt, dass es sich bei denselben nicht wie Bollinger will, um eine Darmmykose, eine intestinale Sepsis gehandelt hat, sondern um einen wohlausgebildeten Abdominaltyphus. Er begründet diese Behauptung mit der längeren Dauer der Incubation, mit dem Verlauf des Fiebers, den gewöhnlichen Komplikationen (Nasenbluten etc.), dem Auftreten von Nachkrankheiten, dem Sektionsbefund, endlich mit dem Vorkommen einzelner sekundärer Erkrankungen bei Personen, die nichts von den verdächtigen Nahrungsmitteln zu sich genommen hatten, aber mit primär erkrankten Individuen in näherem Verkehr gewesen waren. Als Ursache aller Epidemien ergab sich das Fleisch eines jungen akut erkrankten Kalbes, welches nicht mehr frisch auf die Fleischbank zur Verarbeitung gelangte. In allen Fällen war die äußere Temperatur derzeit eine besonders hohe. Das krankmachende Virus beschränkte sich indessen nicht allein auf das Kalbfleisch, sondern hatte auch die Fähigkeit, sich andern ursprünglich jedenfalls pilzfreien Fleischsorten, die mit ersterem eng zusammengepackt wurden, mitzutheilen. Fast überall wurde das Fleisch in Form von Braten etc. genossen, doch war vielleicht die Hitze, der dasselbe bei der Zubereitung unterworfen wurde, nicht immer eine genügende, um es sicher zu sterilisiren.

Wie die Annahme der Entstehung eines Ileotyphus durch in Zersetzung befindliche Fleischmassen, mit der doch jetzt sicher begründeten Thatsache von der specifischen Natur seines Erregers in Einklang zu bringen ist, darüber hat sich der Verfasser selbst keine Erklärung zu geben vermocht. **Strassmann** (Berlin).

---

9. **H. Huchard.** La pseudo-angine de poitrine hystérique.
(Progrès méd. 1889. No. 24—29.)

Die Arbeit ist die Wiedergabe eines Kapitels aus dem Buche des Verf.s.: Klinische und therapeutische Vorlesungen über Herzkrankheiten.

Im Eingang der Abhandlung klassificirt H. die verschiedenen Formen der hysterischen Angina pectoris. Er unterscheidet je nach der Entwicklung und dem Auftreten 5 Arten: 1) Angina hysterica beim Manne; 2) Angina hysterica als erstes Symptom einer Neurose; 3) Angina hysterica bei Herz- und Aortenaffektionen; 4) Angina hysterica bei hereditären Herzleiden; 5) Angina hysterica im Verlaufe einer ausgesprochenen Hysterie. Diese Formen werden durch eine Anzahl Krankengeschichten erläutert. Die Nothwendigkeit, eine derartige sonderbare Eintheilung zu motiviren, scheint H. nicht empfunden zu haben; denn außer der Schilderung jener sogenannten Schulfälle finden sich keine weiteren Angaben.

In Bezug auf den Symptomenkomplex der Angina hysterica und die Differentialdiagnose der wahren Angina pectoris ist Folgendes hervorzuheben: 1) Die Angina pectoris vera tritt meist im Alter der Arteriosklerose, d. h. nach 40 Jahren auf. Die Angina spuria ist an kein bestimmtes Alter gebunden. 2) Die Angina vera ist häufiger beim Manne zu finden, während die Angina spuria öfter beim Weibe auftritt. 3) Bei der Angina vera treten die Anfälle in der Regel in Folge von Bewegungen auf, die mit einer Anstrengung verknüpft sind; bei der Angina spuria sind die Anfälle spontane; sie treten periodisch, in der Ruhe, während der Nacht, häufig zu derselben Stunde auf. 4) Die Angina spuria ist häufig komplicirt mit anderen hysterischen Symptomen, wie Anästhesie der Epiglottis, Hemianästhesie, Ovarie etc. Andere neuropathische Symptome gehen häufig jenen Krisen voran, oder treten gleichzeitig oder nach den Anfällen auf. Alle diese Erscheinungen fehlen bei der Angina vera. 5) Die Anfälle der Angina spuria machen in viel stärkerem Grade den Eindruck vasomotorischen Ursprungs wie bei der Angina vera. 6) Auch Anfälle neuralgischen Charakters werden beobachtet. 7) Es giebt Mischformen der letzten beiden Arten. 8) Der Charakter des Schmerzes ist ein anderer wie bei der Angina vera. Die Pat. klagen über das Gefühl der Zerreißunng des Herzens, über ein zu großes Herz. Auch die Dauer der Anfälle ist viel länger in vielen Fällen wie bei der Angina vera. 9) Das Benehmen der Kranken ist bei beiden Krankheitsformen verschieden. Bei der Angina hysterica macht sich der hysterische Ursprung sehr bemerkbar.

H. hebt dann den pathologisch-anatomischen Unterschied beider Krankheitsformen hervor; bei der Angina vera handelt es sich um eine Erkrankung der Gefäße, besonders um eine Sklerose der Coronararterien, bei der Angina hysteria um eine Affektion der Nerven, die in einer allgemeinen Neurose oder speciell einer solchen des Plexus cardiacus besteht.

Die Prognose bei der Angina vera ist ernst; in vielen Fällen führt das Leiden bald zum Tode. Bei der Angina hysterica ist eine Gefahr für das Leben selbst bei noch so langer Dauer nicht zu befürchten.

Die Therapie richtet sich natürlich nach dem Sitz und dem Ursprung des Leidens. Neues bringt der Verf. hierüber nicht.

A. Neisser (Berlin).

---

10. **A. D'Espine.** Deux formes de paralysie chez les enfants.

(Revue med. de la Suisse Romande 1889. März 20.)

I. Hémiplégie spasmodique infantile.

In seiner klassischen Art, klar und übersichtlich in der Anordnung des Stoffes, vollendet in der Form, behandelt der geschätzte Verf. die im Jahre 1860 von Heine so benannte spastische infantile Hemiplegie, die Poliencephalitis acuta Struempell's.

Die Hemiplegie entwickelt sich entweder plötzlich mit oder ohne Bewusstseinsverlust oder im Verlauf einer Gehirnaffektion unter der Erscheinung von Konvulsionen und Fieber. Sind die Krämpfe partiell, so werden mit Vorliebe betheiligt das Gesicht und die oberen Extremitäten in Form der Jakson'schen Epilepsie, ein Symptomenkomplex, welcher bekanntlich hinweist auf eine Läsion der Hirnrinde in der Umgebung der Roland'schen Furche und der Centralwindungen. Charakteristisch für die kindliche Hemiplegie ist, dass sie vorwiegend ihren Sitz in der Hirnrinde hat im Gegensatz zur Betheiligung der großen Ganglien des Gehirns bei der Hemiplegie der Erwachsenen. Der Sitz der Läsion erklärt auch das häufige Zusammentreffen von rechtsseitiger Hemiplegie mit Aphasie.

Der Verlauf der Affektion wechselt je nach der Schwere und dem Sitz derselben.

Ausnahmsweise verschwindet die halbseitige Lähmung, ohne eine Spur zu hinterlassen. Verf. theilt als Paradigmen drei sehr interessante Krankheitsfälle mit, bezüglich welcher wir auf das Original verweisen. — Gewöhnlich bleibt die Hemiplegie und dann lassen sich zwei Formen unterscheiden. Die weniger schwere Form hat keinen Einfluss auf die Entwicklung des knöchernen Skelettes. Die Muskeln der befallenen Extremitäten sind mäßig atrophisch, gelähmt. Die elektrische Erregbarkeit ist normal. Dadurch, dass die Muskeln von der Lähmung verschieden stark getroffen werden, kommt es zu Kontrakturen der weniger intensiv betheiligten Flexoren. Im Allgemeinen sind die oberen Extremitäten stärker befallen als die unteren. Bei der zweiten, atrophischen Form ist das Wachsthum der Knochen in hohem Grade beeinträchtigt und sind vorwiegend auch hier wieder die oberen Extremitäten betheiligt. Das Knochenwachsthum wird behindert in allen Dimensionen des Knochens und ist besonders bemerkenswerth die Verkürzung der befallenen Glieder. Die muskulären Kontrakturen sind bei Weitem hochgradiger als bei der ersten

Form. Verf. glaubt, dass viele Fälle der halbseitigen Gesichtsatrophie in die geschilderte Krankheitsgruppe gehören.

D'E. bespricht dann die im Anschluss an die Hemiplegie auftretenden anomalen Bewegungsformen, die Hemiathetose und die Hemichorea.

Die Intelligenz kann vollständig unversehrt bleiben, wie dies 11 mal der Fall war bei 12 eigenen Beobachtungen des Verf. Es treten aber auch gelegentlich alle Formen der Intelligenzstörung bis zur Idiotie nach Hemiplegie auf, besonders bei der schweren Form mit der Knochenatrophie.

Die Aphasie wird häufig beobachtet nach dem ersten Auftreten der Hemiplegie. Indessen ist es sehr selten, dass dieselbe bleibt, meistens lernen die Kinder wieder sprechen. Interessant ist, dass bei Kindern, welche von einer Hemiplegie betroffen wurden, ehe sie sprechen konnten, die Sprache sich langsam und unvollkommen entwickelt.

Häufig bildet sich im Verlauf der kindlichen Hemiplegie Epilepsie aus. Bourneville und Regnard haben eingehend diese Formen von Epilepsie studirt, welche in Folge einer materiellen Hirnläsion auftreten, und mit besonderen Charakteren versehen. Sie haben beobachtet, dass die klonischen und tonischen Zuckungen sich entweder beschränken auf die gelähmte Seite, oder auf dieser viel heftiger und länger dauernd auftreten, als auf der gesunden. Schließlich verlieren sich diese Unterschiede und die Kinder verfallen der Epilepsie.

Verf. bespricht dann die pathologisch-anatomische Grundlage der kindlichen Hemiplegie, die Hirnblutungen, Erweichungsherde, die Porencephalie, die Sklerosen und meningo-encephalitischen Processe, so wie die sekundären im Verlauf der Pyramidenbahnen absteigenden Degenerationen.

Des Weiteren weist das Kapitel der Ätiologie eine Fülle von interessanten Einzelheiten auf, speciell bezüglich der Rolle, welche die Syphilis und die Solitärtuberkel einnehmen. Doch muss ich mich begnügen, hinsichtlich dieser Punkte auf das Original zu verweisen. — Die Schlusskapitel der äußerst anregenden Arbeit gehören der Differentialdiagnose und der Behandlung.

II. Tabes spasmodique infantile.

Verf. bespricht unter der Überschrift »Tabes spasmodique infantile« die mit Muskelspasmen einhergehenden Rückenmarksaffektionen der Kinder, indem er fußt auf einer Schrift Little's aus dem Jahre 1853 über angeborene Spasmen der Glieder. Little unterschied damals eine spinale und eine cerebrospinale Form der spastischen Affektionen, welche Eintheilung D'E. adoptirt. Die spinale Form ist eine Affektion, welche Erb spastische Spinalparalyse, Charcot tabes dorsal spasmodique genannt hat, während die cerebrospinale Form umfasst die sekundären Degenerationen in den Pyramidenbahnen nach Gehirnaffektionen. Der Verf. selbst hat 2 Fälle von spastischer Paralyse und 4 Fälle der cerebrospinalen Form beobachtet.

Sektionen der kindlichen spastischen Paralyse existiren nicht; die pathologisch-anatomische Grundlage ist daher bis jetzt nur Hypothese. Und hier zieht Verf. eine scharfe Grenze zwischen der spastischen Paralyse Erwachsener und derjenigen der Kinder. Die Auffassung, welche er von dem letzteren Krankheitszustand hat, dürfte am besten mit D'E.'s eigenen Worten zu resumiren sein: c'est une affection congénitale, non héréditaire, due à des lésions etc. Er fasst also, um es kurz zu sagen, die tabes spasmodique infantile auf als eine kongenitale, traumatische Entwicklungshemmung der Pyramidenbahnen. Einen besonderen ätiologischen Einfluss weist Verf. den Frühgeburten zu, basirend auf einer Zusammenstellung der bekannten Fälle von Naef, nach welcher drei Fünftel bei Frühgeborenen zur Beobachtung kamen, und, wenn man diejenigen Krankengeschichten nicht berücksichtigt, bei denen der Geburtstermin nicht bekannt war, beträgt die Durchschnittszahl neun Zehntel. Hiermit adoptirt D'E. für die Mehrzahl der Fälle den von Little eingenommenen Standpunkt. Aus der Symptomatologie und dem Verlaufe der kindlichen spastischen Paralyse ist hervorzuheben, dass in einzelnen Fällen auch die oberen Extremitäten von der Rigidität befallen werden können, dass die Erhöhung der Sehnenreflexe beim Kinde nicht in dem Grade ausgesprochen ist, wie bei Erwachsenen, und selbst vollständig fehlen kann.

Klassisch geradezu ist der Abschnitt, welcher die Differentialdiagnose behandelt; leider verbietet mir der Mangel an Raum auf denselben näher einzugehen. Es kommen für die differentielle Diagnostik in Betracht die disseminirte Herdsklerose, die von Friedreich beschriebene hereditäre Ataxie und die amyotrophische Lateralsklerose, die Seeligmüller bei 5 Kindern beobachtet hat.

Was die Prognose anlangt, so bietet die Affektion wenig Aussicht auf Heilung; indessen sind doch beträchtliche Besserungen speciell des Ganges beobachtet worden.

Die Behandlung besteht in Orthopädie, Gymnastik, Galvanisirung des Rückenmarks, Hydro- und Balneotherapie. **P. Meyer** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

11. **C. le Nobel.** Over een dichroïtisch oxydatie-product der Galkleurstof.

(Weekblad v. h. Ned. tijdschr. v. Geneeskunde 1889. No. 26.)

Bei Zusetzung von Zinkchlorid und einem Tropfen Jodtinktur zu einer ammoniakalischen Cholecyaninlösung entsteht eine Flüssigkeit, die in dicken Schichten grüne, in dünnen prächtig rosarothe Farbe hat. Bei spektroskopischer Untersuchung dieser Flüssigkeit sieht man einen Absorptionsstreifen bei der Fraunhofer'schen Linie F, jedoch nicht übereinstimmend mit jenem, der in ammoniakalischer Choletelinlösung bei der Zusetzung von Zinkchlorid und Jod entsteht.

Das dichroitische Farbenspiel kann auch in gallenfarbstoffhaltigem Urin hervorgerufen werden und zwar dann noch, wenn alle anderen Proben ihre Dienste versagen, obwohl der Urin von Ikteruskranken herstammt.

Feltkamp (Amsterdam).

12. **Toralbo.** Sull' eliminazione del calcio per le urine.

(Riv. clin. e terap. 1889. Juni.)

Nach einer litterarischen Übersicht der verschiedenen Angaben über die Ausscheidungsverhältnisse des Kalks durch den Harn theilt T. seine hauptsächlich an Kranken ermittelten Resultate mit. Von den untersuchten 45 Personen waren 3 ganz gesund; ihre tägliche als normal angenommene Kalkausscheidung betrug 0,20 Calciumoxyd. Bei Lungentuberkulose war im Anfange der Erkrankung der Kalkgehalt des Urins vermehrt, in den späteren Stadien dieses Leidens aber vermindert.

Bei Nervenkrankheiten, besonders bei idiopathischer Chorea, war die Kalkausscheidung im Harne sehr deutlich vermehrt gegen die Norm.

Beim Diabetes mellitus fand T. die überhaupt größte Kalkausscheidung, nämlich bis zu 2,58 Ca O täglich. Als eine zweckmäßige Diät eingeführt wurde, ging mit den übrigen Krankheitssymptomen auch die tägliche Kalkausscheidung zurück. Bei 2 Kranken mit Aneurysmen der großen Gefäße war die tägliche Kalkausscheidung auch über der Norm, dasselbe ergab eine einmalige Harnuntersuchung bei einem an chronischer Bleivergiftung Leidenden, dessgl. bei einem Lebercarcinom, bei Hämoglobinurie und Chylurie; dagegen fehlte der Kalk im Harn bei Icterus catarrhalis und bei lienaler Leukämie. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

13. **Chelmonski.** Sur la digestion gastrique dans le cours des maladies chroniques des voies respiratoires.

(Revue de méd. 1889. No. 7.)

Die meisten bisherigen Untersuchungen des Magensaftes von Phthisikern sind an fiebernden Kranken gemacht und daher, da das Fieber die HCl-Sekretion beeinflusst, nur von relativem Werth. C. hat den Magensaft von Pat. mit Phthise, Emphysem und chronischer Bronchitis, welche nicht fieberten, nach der Probemahlzeit von Riegel und dem Probefrühstück von Ewald mittels des Günzburg'schen Reagens geprüft und Folgendes gefunden. Bei 11 Phthisikern war die Reaktion des Magensaftes stets sauer; bei 8 wurde niemals Salzsäure gefunden, bei den 3 anderen geringe Spuren von Pepton. Der Magensaft von 5 der ersteren verdaute auch nach genügender Ansäuerung Eiweiß nicht in mehreren Tagen; der Magensaft von 3 anderen mit Salzsäure erst nach 12 Stunden. Bei 5 der 11 Kranken war die Verdauung ausreichend, 2 mit Dyspepsie hatten nach 7 Stunden noch unverdaute Nahrung im Magen. Die resorbirende Kraft des Magens war bei allen ungenügend. Von 15 Pat. mit Emphysem und chronischer Bronchitis hatte keiner Salzsäure im Magensekret. Bei zweien fand C. nach Besserung der Dyspnoe und der Bronchitis normale Verhältnisse; im Übrigen waren die Resultate eben so wie bei den Phthisikern. Die Veränderungen in der Zusammensetzung des Magensaftes bei der Phthise bezieht Verf. zum Theil auf die Anämie des Magens, welche mit der allgemeinen Kachexie Hand in Hand geht, und auf eine Endarteritis fibrosa chronica, zum Theil auf eine passive Hyperämie des Magens, seltener auf amyloide Degeneration der Arterien der Magenschleimhaut; beim Emphysem besteht meistens Stase. **G. Meyer** (Berlin).

14. **Mastiunin.** Amöben als Schmarotzer im Dickdarm. (Klinik von Prof. Loesch.)

(Wratsch 1889. No. 25.)

Verf. beobachtete 5 Fälle von Amöben im Dickdarm. 1) ein 30jähriger Mann seit 1881 mit blutigem Durchfall krank; im Januar 1888 waren Amöben im Stuhl entdeckt. Zahlreiche Mittel wurden vergebens versucht, am besten wirkte Chinin innerlich und große laue Einläufe; geheilt wurde Pat. nicht. 2) 53jähriger Mann, seit 2 Monaten Husten und schmerzloser Durchfall, im Stuhl Massen von Cercomonas, Amöben, Eier von Trichocephalen, Pat. entzog sich weiterer Beobachtung. 3) 18jähriger Mann, Typhus abdom. In den Darmentleerungen Cercomonas, Amöben, Eier von Trichocephalen. Nach dem Ablauf des Typhus schwanden die Amöben von selbst. 4) 27jähriger Mann mit Striktur des Ureters, erkrankte akut auf der

Klinik an Durchfall und hatte Massen von Amöben im Stuhl. Er wurde schnell geheilt durch Ricinus und große Klystiere von Chinin. sulfuric. 1 : 500. 5) Nach einem heftigen Ikterus waren Unregelmäßigkeiten des Stuhls zurückgeblieben. Im Stuhl Massen von Amöben und Cercomonas. In einem Falle von ziemlich akutem, etwa einen Monat alten blutigen Durchfall wurden keine Amöben entdeckt.

Die Amöben verlieren schnell ihre Beweglichkeit und werden dann unkenntlich. Sie können nur in ganz frischen noch warmen Stühlen, oder später auf dem erwärmten Objekttische gefunden werden. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

15. **G. Molinari.** Esiste una peritonite cronica essudativa idiopatica? (Clinica di prof. Galvagni-Modena.)

(Riforma med. 1889. No. 203 und 204.)

Verf. unterzieht die von Fiedler aufgeworfene Frage, ob es eine idiopathische (nicht tuberkulöse) chronische Peritonitis giebt, einer neuen Untersuchung und beantwortet sie auf Grund von 4 zur Obduktion gelangten Fällen (von Vierordt, Signorini, Corazza und eines neuen von Galvagni) mit: ja! Er hebt hervor, dass, wenn auch für gewöhnlich die Krankheit in Heilung ausgeht, ein tödlicher Ausgang, auch ohne Komplikation mit sekundärer Tuberkulose, nicht ausgeschlossen ist, wie eben die 4 gesammelten Fälle beweisen. Er weist darauf hin, dass bei dem wechselnden Hervortreten einer exsudativen Pleuritis vor der Peritonitis und der letzteren vor jener, die Benennung der Krankheit als »Poliorromenitis primitiva« nach dem Vorschlag Concato's jeder anderen vorzuziehen ist. **G. Sticker** (Köln).

16. **Chantemesse et Widal.** Recherches expérimentales sur le traitement de la diphthérie.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 30.)

Die Verff. untersuchten den Einfluss verschiedener Antiseptica auf Diphtheriebacillen. Sie tauchten sterilisirte Seidenfäden in eine Kultur von Diphtheriebacillen und trockneten sie dann. Hierauf spülten sie dieselben 1, 2 und 3 Minuten in dem betreffenden Desinficiens, brachten sie, um dasselbe wieder ganz zu entfernen in sterilisirtes Wasser oder in 95%igem Alkohol und impften sie dann in Bouillon ein. Besonders eine Mischung verhinderte vollkommen das Wachsen der Bacillen: 25 g Glycerin werden mit 25 g Karbolsäure und 25 g Kampfer vermischt, geschüttelt und 10 Minuten lang in ein heißes Wasserbad gestellt. Nach dem Erkalten ist die Flüssigkeit in 2 Schichten, eine untere klare und eine obere weißliche getheilt. Taucht man mit Diphtheriebacillen beschickte Seidenfäden 20 Sekunden lang in die obere Schicht, spült sie mit 95%igem Alkohol ab und impft sie auf Nährbouillon, so bleibt die Kultur steril. Verff. fordern daher zu klinischen Versuchen mit genannter Lösung auf. Die Membranen müssen vorher entfernt, außerdem stündlich der Rachen mit Karbolwasser behandelt werden. Das genannte Medikament soll 1—2mal täglich angewendet werden. **G. Meyer** (Berlin).

17. **Völkers.** Über Sarkom mit rekurrirendem Fieberverlauf.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 36.)

Ebstein's Veröffentlichung eines neuen Krankheitsbildes, dem er den Namen »chronisches Rückfallsfieber« beilegte (Berl. klin. Wochenschrift 1887 No. 31 u. 45), veranlasste den Verf., über einen ähnlichen von ihm im Jahre 1885 beobachteten Fall zu berichten.

Ein 30 Jahre alter Mann hatte vor einer Reihe von Jahren an Syphilis gelitten. Mehrere Jahre völlig gesund; Oktober 1884 stellten sich die ersten Symptome der 10 Momate später letal endenden Krankheit ein. Zuerst traten gastrische Erscheinungen mit leichtem Fieber auf, das mehrere Wochen andauerte. Gleichzeitig Schmerzen in Abdomen links vom Nabel, wo sich in der Tiefe eine harte, etwas empfindliche Auftreibung fand. Besserung nach Darreichung von Natron jodat.

Bald jedoch wieder länger andauerndes Fieber. Links am Promontorium gegen die Linea innominata hin bildet sich eine Prominenz. Da die Untersuchung aller

Organe ein negatives Resultat ergab, wurde in der Annahme, dass es sich um Periostitis der Wirbelsäule und des Beckens handle, eine Inunctionskur eingeleitet. Ein wesentlicher Einfluss auf die Ausdehnung der Geschwulst wurde dadurch nicht erzielt; das Fieber erreichte bisweilen die Höhe von 40°. Im Mai rasches Wachsen der Geschwulst, die das linke Becken zum größten Theile ausfüllte und zur Störung des venösen Rückflusses am linken Bein führte. Abscessbildung war durch verschiedene Momente, u. A. erfolglose Punktion, ausgeschlossen.

Im Juni ist neben der Wirbelsäule ein deutlicher Tumor, der in der Nabelhöhle beginnend ins kleine Becken herabsteigt, zu fühlen. Das linke Bein ödematös. Keine Lymphdrüsenschwellungen. Eine abermalige Inunktionskur blieb erfolglos. Allmählich begann dann Kräfteabnahme, der Tumor wuchs, die Temperaturen blieben kontinuirlich hoch, erreichten bald eine Höhe von 40° und mehr. Ende August Delirien. Unter rapider Kräfteabnahme erfolgte Anfang September der Exitus.

Eine beigegebene Temperaturkurve erläutert die eigenthümlichen beobachteten Verhältnisse. Vor Allem fällt das staffelförmige Auf- und Absteigen auf, das besonders in den ersten Monaten charakteristisch ist. Es folgen auf einander mehrere Kurven, die immer in 18—20 Tagen ablaufen. Hier liegen die niedrigsten Temperaturen um 37° herum, während die höchsten zwischen 39 und 40° schwanken. Später verliert die Kurve ihr charakteristisches Aussehen, in der letzten Zeit vor dem Tode hält sich die Temperatur auf ziemlich kontinuirlicher Höhe.

Die Obduktion ergab, dass es sich um ein Sarkom gehandelt hatte, welches sich zum Theil aus Spindelzellen bestehend erwies.

Bezüglich der Ätiologie dieser Fälle — es haben inzwischen noch Pel (Berl. kl. Wchnschr. 1885 No. 1 und 1887 No. 35) und Renvers (Dtsch. med. Wchnschr. 1888 No. 37) solche beschrieben — meint Verf., dass ein bestimmter Mikroorganismus als Krankheitserreger hier wirken muss. Ob ein Bindeglied zwischen Syphilis und dieser Krankheit existirt, lässt Verf. dahingestellt.

M. Cohn (Berlin).

18. V. Mayer. Über Leukämie.

(Med. Korrespondenzblatt des württemb. ärztl. Landesvereins 1889. No. 21—24.)

Verf. berichtet über 21 auf der Tübinger Klinik beobachtete Fälle von Leukämie, von denen 6 zur Sektion gelangten. Während im Allgemeinen eine Prävalenz des männlichen Geschlechtes für die Krankheit besteht, betrafen obige Fälle 10 Frauen und 11 Männer. Am stärksten war das Alter zwischen 20—30 Jahren betheiligt; der jüngste Pat. war $1^1/_4$ Jahr, der älteste 69 Jahre alt. Die Mehrzahl der Pat. gehörten dem Arbeiterstande an, woraus Verf. den Schluss zieht, dass schlechte sociale Verhältnisse wie körperliche Überanstrengungen ätiologisch bedeutsame Momente seien. Bei Frauen schienen Störungen in den Sexualorganen von Einfluss zu sein.

Sämmtliche Erkrankungen waren Mischformen, allerdings prävalirte die lienale Form ganz bedeutend. Eine Betheiligung des Knochenmarkes war in keinem Falle mit Sicherheit durch Anamnese oder Status zu konstatiren; es bestanden zwar Schmerzen im Brust- und Schienbein, jedoch war die Angabe derselben sehr unsicher. Durch die Autopsie wurde in 2 Fällen die Betheiligung des Knochenmarkes im Femur und in den Wirbelkörpern erwiesen.

Die Milzvergrößerung war in der Regel eine kolossale, in einem Falle war der Tumor per vaginam zu erreichen. In 9 Fällen bestanden sehr heftige Schmerzen bei Palpation der Milz.

Auch in obigen Fällen bildete die hämorrhagische Diathese ein sehr bemerkenswerthes Symptom; es bestanden Blutungen aus der Nase, Darm- und Uterinblutungen, parenchymatöse Blutungen in den Geweben, in den Knochen, Retinablutungen. Fiebererscheinungen waren zuweilen vorhanden, sie zeigten unregelmäßigen Typus. Die Vermehrung der weißen Blutkörperchen war nur in 4 Fällen eine relativ geringe (1 : 19 bis 1 : 40), in allen übrigen war die Zahl der weißen Blutkörperchen enorm gesteigert 1 : 2,5.

Die kürzeste Dauer bis zur Erkennung der Krankheit betrug in einem Falle 2 Monate, in den übrigen Fällen zumeist 1—2, aber selbst bis zu 10 Jahren.

In Anbetracht des Umstandes, dass alle Pat. sich in relativ vorgeschrittenem Stadium der Erkrankung befanden, waren die therapeutischen Resultate immerhin leidlich günstige. Zur Anwendung kamen besonders Chinin, Eisen und die Solutio arsenicalis Fowleri. Unter gleichzeitiger guter Ernährung wurde in 10 Fällen eine deutliche, zuweilen sogar beträchtliche Besserung erzielt; dieselbe zeigte sich auch in einer günstigen Beeinflussung der Blutveränderungen.

Peiper (Greifswald).

19. **Osler.** Pulsating Pleurisy.

(Transactions of the assoc. of Amer. physicians. Third Session 1888. p. 330.)

O. berichtet über 4 Fälle von pulsirender Pleuritis, von welchen der erste von ihm selbst beobachtet wurde, während er die übrigen seinen Kollegen Ross, Henry und Janeway verdankt:

Fall von O. Ein 23jähriger kräftiger Arbeiter ohne hereditäre Belastung erkrankte in Folge von Heben einer äußerst schweren Last mit heftigem Schmerz im Rücken und Kurzathmigkeit. Bei der Aufnahme, 8 Tage nach dem Unfall, fand man die linke Brusthöhle ganz mit Flüssigkeit gefüllt und den Herzstoß im dritten rechten Interkostalraume. Die linke Axillargegend bis zur Mamma hin war bei Berührung äußerst schmerzhaft. Man entleerte durch Punktion 750 ccm klaren Serums, und da sich die Flüssigkeit rasch wieder vermehrte, mehrere Tage später nahezu die gleiche Menge einer etwas trüben Flüssigkeit. Kurz darauf entdeckte man die Zeichen eines Pneumothorax oberhalb der Exsudatgrenze. In der 5. Woche der Krankheit bemerkte man in der linken mittleren Axillarlinie vom 4. bis zum 6. Interkostalraume deutliche Pulsation, gleichzeitig mit dem Herzstoß, welcher sich immer noch im dritten rechten Interkostalraum befand. Die aufgelegte Hand wurde durch die Pulsation gehoben. Die nunmehr eitrige Flüssigkeit wurde aus der Brusthöhle durch Incision und Drainage entleert und nach 2 Monaten konnte der Kranke seiner Arbeit wieder nachgehen. O. glaubt, dass es sich von vorn herein um Pneumothorax gehandelt habe, der rapid zum Erguss in die Brusthöhle führte.

Fall von Ross. 37jähriger Mann. Linksseitige Pleuritis in Folge von Erkältung. Pulsation im 2. und 3. Interkostalraum, synchronisch mit der Systole. Entleerung großer Eitermassen durch die Luftwege. Völlige Heilung 10 Wochen nach Beginn der Krankheit.

Fall von Henry. 30jährige Frau; aufgenommen mit linksseitigem Pyopneumothorax und 3 pulsirenden Tumoren, wovon 2 vorn und 1 hinten unten saßen. Incision, Drainage. Entzog sich der weiteren Behandlung, lebte aber ein Jahr nach der Operation noch.

Fall von Janeway. Linksseitiges Empyem; Tumor im zweiten linken Interkostalraum, welcher pulsirte, wenn der Kranke stand.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

20. **Kaposi.** Über atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus.

(Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. konnte zunächst an 4 Fällen einen Krankheitsprocess beobachten, welcher sich wesentlich von künstlichen Anätzungen und von der sogen. spontanen Gangrän unterschied. Außer flächenhaften Verschorfungen war hier nämlich eine charakteristische Efflorescenzbildung vorwiegend in Gruppenform vorhanden, an den Flächenschorfen selbst eine Zusammensetzung aus solchen zu erkennen und ein cyklischer Verlauf der Erkrankung derart, dass ein auf 4—8 Tage sich erstreckendes Eruptionsstadium erschien, worauf nun die physiologischen Rückbildungssymptome folgten. Berücksichtigte man diese Efflorescenzbildung in Form von gruppirten Knötchen und Bläschen, Verschorfung an deren Basis und cyklischem Verlauf, so konnte man diesen Process nur als Zoster gangraenosus ansprechen. Von einem typischen Zoster unterschieden sich diese Fälle durch die wiederholten Recidive, die Incongruenz der Hauteruption mit einem Spinalnervenverlaufe resp. dem Trige-

minus und die Doppelseitigkeit. Die Art der Effloreszenzbildung rechtfertigt es aber, den ganzen Process als atypischen Zoster gangraenosus anzusehen. Die auf sehr weite Gebiete des Nervensystems zerstreuten Eruptionen scheinen dem Verf. dafür zu sprechen, dass eine zeitweilige Erkrankung oder Labilität der spinalen und vielleicht auch der cerebralen vasomotorischen Centren vorliege. Solche Störungen sind aber bei Hysterischen beobachtet und die erwähnten Kranken zeigten alle mehr oder weniger ausgesprochene Formen von Hysterie, die eine auch komplete linksseitige Hemianästhesie. Daher betrachtet K. die Affektion als eine auf hysterischer Grundlage beruhende vasomotorische oder trophoneurotische Störung und bezeichnet sie als Zoster gangraenosus hystericus. Weitere Beobachtungen werden erst eine vollkommene Aufklärung über den ganzen eigenartigen Krankheitsprocess bringen können. **Joseph** (Berlin).

21. **Bristowe and Copeman.** A case of paroxysmal haemoglobinuria with experimental observations and remarks.

(Lancet 1889. August 10.)

Der Fall, an welchem B. und C. eine große Anzahl von Versuchen anstellten, war folgender. Ein 41jähriger Mann, der 20 Jahre vorher Syphilis mit sekundären Erscheinungen gehabt hatte, sonst aber stets gesund gewesen war, begann im Winter von 1885—1886 an Kälte in den Extremitäten und an einem Gefühl von Absterben der Finger zu leiden und bekam eine Erkrankung mehrerer Zehen, welche damals für erfroren gehalten wurden. Seitdem fühlt er sich während des Sommers vollständig gesund, bekommt aber in jedem Winter, so oft er sich der Kälte aussetzt, die geschilderten Erscheinungen und entleert darauf hämoglobinhaltigen Urin. Die Untersuchung des Körpers ergab nichts Außergewöhnliches, nur war das Aussehen etwas anämisch, die Sclerae leicht ikterisch.

Hielt sich der Mann im warmen Krankensaal auf, so bekam er niemals einen Anfall; schickte man ihn aber einige Stunden in die zur Zeit der Versuche äußerst mäßige Winterkälte hinaus, oder ließ man ihn kalt baden, oder auch nur die Hände in kaltes Wasser stecken, so trat sogleich ein Anfall ein.

Über die Einzelheiten der zahlreichen Versuche muss auf das Original verwiesen werden. Die wichtigsten der gewonnenen Resultate sind folgende.

Das erste deutliche Phänomen der paroxysmalen Hämoglobinurie besteht in einer rapiden und oft ganz enormen Zerstörung von rothen Blutkörperchen. Diese ist die direkte Folge der Kälteeinwirkung. Die Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen während des Anfalls betrug zwischen 129000 und 824000 per cmm. Die nicht zerstörten Blutkörperchen zeigten stets große Verschiedenheit in Gestalt und Größe, das Plasma war leicht gefärbt und enthielt granuläre Hämatinmassen. Die Schnelligkeit, mit welcher die Blutkörperchen zerstört wurden, ergiebt sich aus folgendem Experiment. Der Kranke verweilte 10 Minuten in einem kalten Bade. Eine Viertelstunde nachdem er dasselbe verlassen hatte, war die Zahl seiner Blutkörperchen im Kubikmillimeter bereits um 824000 vermindert.

Die ersten Veränderungen im Urin traten eine halbe bis 3 Stunden nach dem Beginn der Kälteeinwirkung auf. Meist handelte es sich um Ausscheidung von amorphem Hämoglobin, so wie von Globulin und Serum-Albumin. Die Eiweißkörper schienen nur von den zerstörten Blutkörperchen herzustammen. In leichten Anfällen nach geringer Kälteeinwirkung war ihr Erscheinen im Urin die einzige nachweisbare Folge der Zerstörung von z. B. 270000 Blutkörperchen im Kubikmillimeter. In solchen Fällen wird das Hämoglobin wahrscheinlich in Gestalt von Gallen- und Urinpigmenten ausgeschieden. Verweilte der hämoglobinhaltige Urin längere Zeit in der Blase, so verwandelte sich ein Theil des Hämoglobins in Methämoglobin und schließlich in saures Hämatin.

Stets hatte die Kälteeinwirkung eine rapide Temperatursteigerung zur Folge und zwar innerhalb einer oder zweier Stunden bis zu 39,8. Fast in allen Versuchen dauerte die Temperatursteigerung vom Ende der Kälteeinwirkung an ungefähr 5 Stunden,

Nicht nur die Zerstörung, sondern auch die Neubildung von rothen Blut-

körperchen ging äußerst rasch von statten und zwar wurde der Verlust bereits in 4—6 Tagen ersetzt.

Schließlich machen B. und C. auf die Ähnlichkeiten der paroxysmalen Hämoglobinurie und der Raynaud'schen Krankheit aufmerksam, die auch in dem vorliegenden Falle ausgesprochen waren, und verfechten die Ansicht, dass die Krankheit nur die Steigerung eines natürlichen Vorganges ist. Die Produkte der normalen Zerstörung rother Blutkörperchen gehen nicht als Hämoglobin oder Albumin in den Harn über; wohl aber tritt bei gesunden Personen nach Kälteeinwirkung häufig vorübergehende Albuminurie auf, welcher Vorgang mit der oben erwähnten Ausscheidung von Eiweißkörpern allein ohne Hämoglobin nach geringer Kälteeinwirkung in Parallele zu setzen wäre. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

22. **Bourneville et Courbarien.** Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hysterie, de l'idiotie et de l'imbécillité.

(Progrès med. 1889. No. 23.)

Unter 926 Personen, die an den oben angeführten Krankheiten litten, befanden sich 38, d. h. 4,1%, die aus einer Ehe unter Blutsverwandten verschiedenen Grades hervorgegangen waren. Bei der Nachforschung nach etwaiger, gleichzeitig vorhandener, neuropathischer Belastung stellten die Verf. fest, dass unter 35 dieser Individuen 7 in direkter Ascendenz und 28 sowohl in der Ascendenz ersten wie zweiten Grades neuropathisch belastet waren.

Die Verf. folgern hieraus, dass man keine Berechtigung hätte, gegen die Ehen unter Blutsverwandten ohne Weiteres zu eifern. Sobald der Nachweis geliefert sei, dass beiderseits keinerlei hereditäre Belastung vorhanden sei und dass beide Theile gesund seien, sei gegen das Eingehen einer Ehe nichts einzuwenden.

A. Neisser (Berlin).

23. **Catrin.** Le somnambulisme naturel. Observation de somnambulisme simulé.

(Lyon méd. 1889. No. 30.)

C. theilt einen Fall mit, wo ein Pat., um dem Militärdienst zu entgehen, Somnambulismus simulirte. Verdächtig war zunächst, dass weder in der Familie noch bei dem Pat. selbst, Hysterie vorlag, die sich fast immer bei Somnambulismus finden soll. Verdächtig war ferner die allgemeine Haltung des Pat., sein eigenthümlicher an Simulation erinnernder Blick; ferner trat der Anfall stets sehr kurze Zeit ein, nachdem sich der Pat. zu Bett gelegt hatte, nach der Meinung von C., weil dieser fürchtete, sonst einzuschlafen. Im Anfall selbst zeigte Pat. nicht die Sicherheit, die sonst die Somnambulen zeigen. Es ist sehr schwer, ein endgültiges Urtheil über den Fall lediglich aus der Beschreibung sich zu bilden, die nicht vollkommen überzeugend die Simulation nachweist. **A. Moll** (Berlin).

24. **Hahn.** Über Hydrargyrum salicylicum.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 3.)

Verf. berichtet über die auf der Bonner Klinik mit dem Hydrargyrum salicyl. (Hydr. salic. 1,0, Paraff. liquid. 10,0) erzielten Resultate. Die Frühformen der Syphilis gingen bereits nach 1—2 Injektionen zurück, auf alle syphilitischen Erscheinungen schien der Einfluss ein günstiger zu sein, doch waren im Allgemeinen 1—2 Injektionen mehr als beim Kalomel nöthig. Dafür hat das salicylsaure Hg aber den Vorzug, dass es sowohl lokale Reizerscheinungen, als auch allgemeine Intoxikation so gut wie gar nicht hervorruft. Es wurden alle 3 Tage die Injektionen in einer Stärke von 0,05 gemacht. **Joseph** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. **Sonnabend, den 11. Januar.** **1890.**

Inhalt: **O. Frentzel**, Zur Kenntnis des Fieberganges bei Influenza. (Original-Mittheilung.)

1. **Perles**, Solanin und Solanidin. — 2. **Alt**, Morphiumausscheidung durch den Magen. — 3. **Sormani**, Einfluss der Verdauungssäfte auf den Tetanusbacillus. — 4. **Di Vestea** und **Zagari**, Lyssa. — 5. **Thoma**, Parasitäre Organismen der Carcinome. — 6. **Mircoli**, Myocarditis. — 7. **Guinon**, Verbreitung von Infektionskrankheiten bei Kindern. — 8. **Bertrand**, Anomale Fiebertypen bei Pneumonie. — 9. **Leu**, Kamphersäure gegen Nachtschweiße der Phthisiker. — 10. **Lubet-Barbon**, Menthol bei Tracheitis. — 11. **v. Jürgensen**, Mechanische Behandlung der Tabes.

12. **Gauthier** und **Legrand**, Pustula maligna. — 13. **Riedel**, Schweißfrieselepidemie. — 14. **Townsend** und **Coolidge**, Pneumoniesterblichkeit. — 15. **A. Westphal**, Diabetes insipidus. — 16. **Sigaud**, Laterale Hemianopsie. — 17. **Ephraim**, Halbseitige Gesichtsatrophie. — 18. **Kästenbaum**, Nervöse Störungen im Gefolge von Abdominaltyphus. — 19. **Ross**, Lähmungen nach Typhus. — 20. **Betz**, Traumatische Epilepsie. — 21. **Rieder**, Aortenaneurysma. — 22. **Kovács**, Arseniklähmung. — 23. **Rydygier** und **Jaworski**, Gastroenterostomie. — 24. **I. Munk**, Nährwerth der Peptonpräparate. — 25. **Poulet**, Argentum nitricum bei Purpura haemorrhagica. — 26. **Philippi**, Pneumoniebehandlung.

(Aus der inneren Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses am Friedrichshain.)

Zur Kenntnis des Fieberganges bei Influenza.

Von

Dr. Otto Frentzel,
Assistenzarzt.

Über die Fieberbewegung bei der Influenza existiren bisher im Gegensatz zu der sonst sehr weitläufigen Litteratur über diesen Gegenstand nur spärliche Mittheilungen. Die mehr als 30 Jahre zurückdatirenden Klagen Biermer's[1] über diesen Mangel bestehen im Wesentlichen noch jetzt zu Recht, trotzdem die neuere Zeit uns einige schätzenswerthe, einschlägige Mittheilungen gebracht hat. Wir

[1] Virchow, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Bd. V. 1854.

nennen v. d. Velden[2], Kormann[3], Zülzer[4] und endlich Seifert[5].

Thatsächliche Temperaturangaben sind im Ganzen indess nur von 6 Fällen vorhanden; Kormann liefert 3 diesbezügliche Temperaturtabellen, v. d. Velden und Seifert je 1 Kurve von reinen Influenzafällen.

Unter solchen Umständen habe ich der Aufforderung der Redaktion d. Centralbl., bezüglich von Prof. Fürbringer (cf. Deutsche med. Wochenschrift 1890 No. 2) das der inneren Abtheilung unseres Krankenhauses zugegangene, aus der gegenwärtigen Influenza-Epidemie stammende Material zur thunlichsten Ausfüllung der vorhandenen Lücke zu verwerthen, um so lieber entsprochen, als die Verhältnisse hier eine relativ präcise fortdauernde Beobachtung gestatten.

Freilich ist die Zahl unserer Patienten nicht so bedeutend, dass schon aus ihr allein die Berechtigung zu diesem Unternehmen entspränge — jeder beschäftigte Arzt in unserer Stadt verfügt wahrscheinlich über ein weit bedeutenderes Material.

Indessen sind wohl nur wenige in der Lage gewesen, so genaue Temperaturmessungen vorzunehmen, als es in einem Krankenhause mit sehr reichlichem Wartepersonal möglich ist, ganz abgesehen davon, dass — wie bereits Fürbringer (l. c.) ausgeführt hat — naturgemäß nur die schwersten Fälle die Hospitalpflege in Anspruch nehmen, die eben desshalb auch am meisten geeignet sind, Gegenstand solcher Beobachtungen zu werden. Besonderer Werth muss des Weiteren auf die Thatsache gelegt werden, dass kein einziger Patient irgend ein Antipyreticum erhalten hat, was die Resultate dieser Beobachtungen stören könnte.

Im Ganzen sind es 50 unkomplicirte Fälle von Influenza, alle von Patienten und Patientinnen über 15 Jahre[6], bei denen genaue Temperaturmessungen gemacht sind und deren Kurven mir zur Grundlage folgender Ausführungen gedient haben. Zur Erläuterung diene noch, dass die einzelnen Zahlen sich auf Messungen beziehen, die sich bei Tage in einem Intervall von 3 Stunden, bei Nacht in einem solchen von 4 Stunden folgen (s. die Kurven) und alle die Achselhöhlentemperatur angeben.

Für manche Fragen indessen, die noch weiter unten ausgeführt werden sollen, wie die Frage des Beginnes, der Dauer des Fiebers etc. kann ich leider nicht alle Kurven mit heranziehen; da unsere Patienten mit wenigen Ausnahmen auf der Höhe der Affektion das Krankenhaus aufsuchten, so geben ihre Temperaturverhältnisse über die

---

[2] Dissertation, in der Leyden'schen Klinik zu Straßburg gearbeitet: »Über eine Influenza-Epidemie in Straßburg«. 1875.

[3] Gerhardt, »Handbuch der Kinderkrankheiten«. Nachtrag 1883.

[4] v. Ziemßen, Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Bd. II. 3. Thl. 3. Auflage. 1886.

[5] Volkmann, Sammlung klin. Vorträge No. 240.

[6] Näheres s. Fürbringer l. c.

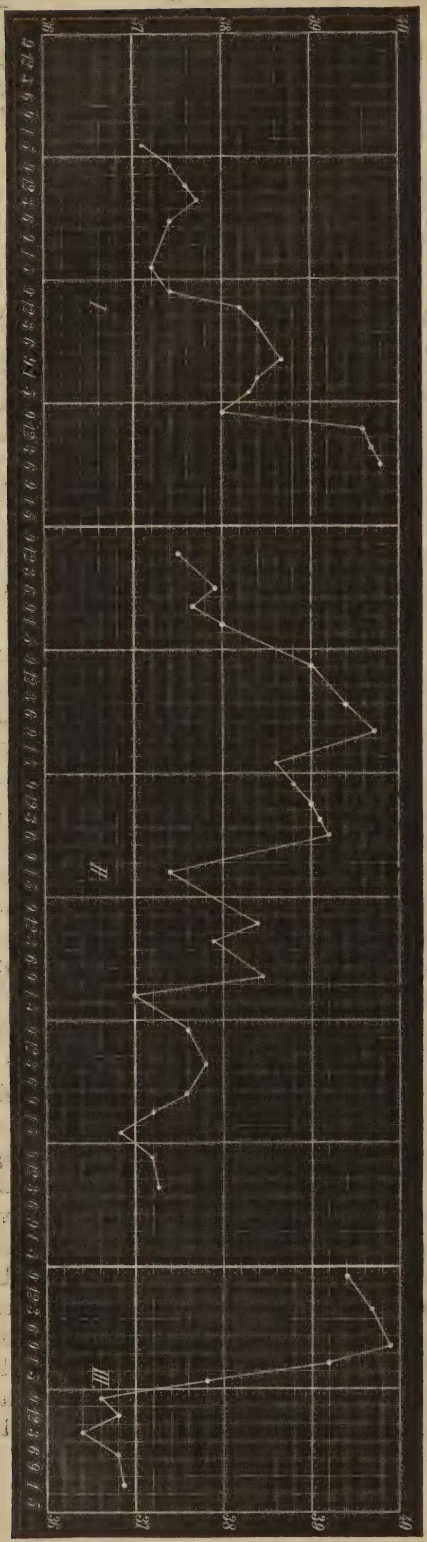
eben genannten Dinge nur sehr lückenhaft Auskunft. Indessen ist es auch hier möglich gewesen, einigen Anhalt zu gewinnen; durch welche besonderen Umstände, wird bei der speciellen Betrachtung gesagt werden.

Was zunächst die Höhe des Fiebers anlangt, so habe ich in einem Falle eine Temperatur von 41° beobachtet. In keiner der mir zu Gebote stehenden Mittheilungen ist von einer solchen excessiv hohen Temperatur berichtet worden. Am nächsten kommt Kormann, der bei einem 6jährigen Kinde 40,4° notirt hat. Alle Anderen geben 40° als Maximaltemperatur an, die auch nur in Ausnahmefällen erreicht werden soll. Dem gegenüber kann ich sagen, dass 11 von meinen Kurven die 40,0° überschritten zeigen. Von diesen Fällen nähern sich mehrere der von mir beobachteten Maximaltemperatur. Im Gegensatz dazu haben die Temperatur von 39° nur wenige Fälle nicht erreicht und nur 2 blieben während der ganzen Dauer des Fiebers unter 38°. Doch muss man, glaube ich, auf diese niedrige Temperatur wenig Gewicht legen, da es sich nicht ganz ausschließen lässt, dass diese Kranken die Akme des Fiebers schon hinter sich hatten, als sie unsere Anstalt aufsuchten.

Die Dauer der fieberhaften Periode ist eine sehr verschiedene gewesen. Im Großen und Ganzen aber kann ich mich nach dem vorliegenden Material den Berichten anschließen, welche eine 3- bis 4tägige Fieberdauer für die gewöhnliche ausgeben. Nur selten konnten länger als 5 Tage erhöhte Temperaturen verzeichnet werden und nur in 2 Fällen ist erst nach Ablauf der ersten Woche, nämlich am 9. und 10. Tag vollkommene Entfieberung eingetreten.

Dem gegenüber stehen 8 Fälle, die nur einen einzigen Tag gefiebert haben. Doch möchte ich hieraus noch nicht schließen, dass bei einem verhältnismäßig hohen Procentsatz von Kranken dieser Typus als Regel vorkommt. Der Grund ist derselbe, den ich oben schon ganz im Allgemeinen ausgeführt habe und an den ich hier nur noch einmal erinnern will. Vor dem Beginn unserer Beobachtungen liegen eben Temperaturverhältnisse, die wir nicht kennen.

In noch höherem Grade müssen wir diesen Umstand berücksichtigen bei der Betrachtung, in welcher Weise das Fieber einsetzt und wie es zu dem Höhepunkt gelangt. Dass ich überhaupt in der Lage bin, von positiven Beobachtungen zu reden, verdanke ich dem Umstande, dass eine Reihe von Pflegerinnen des Victoriahauses, so wie auch einige Wärterinnen an Influenza erkrankten. Hier ist schon bei den ersten Vorboten das Thermometer befragt worden, oft 3 bis 4 Tage, bevor das Fieber sich bemerkbar machte. Ferner sind auch einige Patienten von der Affektion ergriffen worden, die schon mehrere Wochen wegen anderer fieberlos verlaufender Krankheiten auf der Abtheilung lagen. Da sie sämmtlich jeden Tag wenigstens zweimal gemessen wurden, so ist auch in diesen Fällen die Beobachtung des Fieberbeginnes eine ganz zuverlässige. Auf Grund dieses Materials



bin ich nun zu der Ansicht gelangt, dass es zwei Formen des Temperaturanstieges giebt. Bei der einen ist der Anstieg ein sehr rapider; die Temperatur geht stetig in die Höhe, und zwar so schnell, dass zwischen 2 Messungen, die 12 Stunden aus einander liegen, meist eine Differenz von 2° liegt; in 2 Fällen betrug sie sogar 3°. Dabei wird niemals eine Remission beobachtet, sondern fortgesetzt von Stunde zu Stunde eine weitere Erhöhung der Gradzahl. Dies ist die eine Form, bei der schon vor Ablauf der ersten 24 Stunden gewöhnlich das Maximum der Temperatur erreicht ist.

Ganz anders verhält sich die zweite, bei der sich die aufsteigende Tendenz 3 ja 4mal so lange Zeit beobachten lässt. Stufenweise steigt die Temperatur, etwa 1° pro 24 Stunden, dazwischen Remissionen, meist am Morgen oder Vormittag von 0,5°.

Eine solche Kurve ist unter No. I abgebildet worden, sie ist von einem 30jährigen Manne gewonnen, der um einer hochgradigen Anämie willen seit vielen Wochen auf der Abtheilung behandelt wurde, ohne jemals die geringste Temperatursteigerung zu zeigen. Sie scheint mir in allerdeutlichster Weise diese zweite Form des Anstiegs zu demonstriren. Es ist nahezu dieselbe Kurve, die Seifert mittheilt und die er ebenfalls von einem schon im Krankenhause befindlich gewesenen Manne gewann. Ferner stimmt sie auch überein mit einer von

Kormann mitgetheilten Temperaturtabelle, während ich in der Litteratur kein Analogon zu der als erste Form beschriebenen aufzufinden vermochte. Und doch ist es gerade diese, die unter den mir vorliegenden Kurven überwiegt. Als eine Übergangsform, die sich nicht in das Schema einfügen lässt, kann man vielleicht Fälle betrachten, bei denen der erste Anstieg ein sehr rapider ist, z. B. 1,5° in 4 Stunden, wo dann aber eine kleine Remission von 0,4 erfolgt, bis dann mit einem neuen sehr schnellen Hinaufgehen die Temperatur ihr Maximum erreicht.

Auf dieser Höhe pflegt sie aber nur kurze Zeit zu bleiben, um relativ schnell abzusinken, so dass sich bei unserer Methode der Messung (s. oben) in diesem Stadium stets bedeutende Differenzen der benachbarten Zahlen ergeben. Kormann theilt zwei Fälle mit, in denen mehrere Tage lang die Temperatur nur zwischen 39,2 und 40,0° schwankte. Unter meinen Fällen ist kein einziger derartiger; vielleicht kann man den Umstand zur Erklärung anführen, dass er es nur mit Kindern zu thun hat, während ich meine Beobachtungen nur bei erwachsenen Personen angestellt habe. Nur einmal habe ich eine Febris continua zwischen 39,2 und 39,5 bemerkt, und nur bei 3 anderen konnte während 12 Stunden ein annäherndes Gleichbleiben in diesem Stadium beobachtet werden[7]. Allerdings können zur Beurtheilung dieses Momentes, wie oben des Weiteren ausgeführt ist, nicht alle Kurven zur Grundlage dienen.

Nur für die Erledigung der nun zu besprechenden Frage, wie sich die Entfieberung vollzieht, stehen mir alle Kurven zur Verfügung. Die Mittheilungen über diesen Punkt sind bisher am wenigsten ausgiebig. Zülzer meint, die Entfieberung geschehe in lytischer Weise, v. d. Velden giebt eine Kurve, welche sich auf diesen Theil des Fieberverlaufes bezieht. Sie stellt einen remittirenden Fiebertypus dar. Von der höchsten Temperatur von 38,5° abwärts zieht sich die vollkommene Entfieberung über drei Tage hin; drei abendliche Exacerbationen, von denen die folgende stets um einige Zehntel hinter der vorangehenden zurückbleibt, werden durch eben so viel morgendliche Remissionen getrennt.

Ich habe diese Kurve ausführlicher mitgetheilt, weil zum Theil meine eigenen genau dem skizzirten Bilde entsprechen; und in demselben ist nach meiner Meinung der eine Typus der Entfieberung bei Influenza genau wiedergegeben, charakterisirt als eine Febris remittens, die in mehrtägigem Verlauf stufenweis von der Akme der Temperaturerhöhung zur vollkommenen Entfieberung führt. Als Beispiel für diesen Typus habe ich die unter No. II mitgetheilte Kurve beigegeben, die mir in exquisitester Weise die kurze Charakterisirung zu erläutern scheint und welche die Temperaturverhältnisse wiedergiebt, wie sie bei einem 22jährigen, an Influenza erkrankten Manne beobachtet wurden. Mit

[7] Nachträglich sind mir noch zwei Fälle bekannt geworden, die 3 Tage lang ein kontinuirliches Fieber um 40° herum aufwiesen.

dieser Kurve stimmen eine große Anzahl anderer in den wesentlichen Punkten überein. Sie zeigen uns abendliche Exacerbationen und darauf folgende morgendliche Remissionen, die meist um 5 oder um 9 sich verzeichnet finden. Nicht immer sind die Remissionen von solcher Größe wie sie in der Kurve dargestellt sind. Hier betragen sie 2°, meistentheils aber schwanken sie um 1° herum; solcher Remission pflegt dann ein Anstieg von 0,5 zu folgen, so dass die beiden Abendtemperaturen ca. um eben so viel differiren. Doch findet sich auch auf einigen Kurven am Abend des zweiten Tages ein so bedeutendes Ansteigen verzeichnet, dass der erwähnte Unterschied nur 1—2 Zehntheile eines Grades beträgt. Andererseits fällt hier und da auch eine zu erwartende Exacerbation ganz oder theilweise aus, so dass sich dann die Temperatur ca. 24 Stunden auf ungefähr demselben Niveau erhält, bis dann erst am Abend oder Nachmittag des nächstfolgenden Tages ein neuer Anstieg zu bemerken ist. Naturgemäß umgreift dieser Typus alle Fälle, wo überhaupt eine längere Fieberdauer vorlag. Die mitgetheilte Kurve ist indess eine der längsten, die ich überhaupt zur Verfügung habe. Sie wird in dieser Beziehung nur von zweien übertroffen, die sich über 9 resp. 10 Tage hinziehen. Im ersten Fall reiht sich an eine regelmäßige 4tägige absteigende Kurve, noch bevor vollkommene Entfieberung eingetreten ist, eine neue, die mit einer plötzlichen Erhebung auf 39,4 begann und in allmählichem remittirenden Abstieg in 5 Tagen bis zur Norm absank. Die zweite zeigte während 3 Tagen jeden Abend wieder einen Anstieg zur gleichen Höhe wie am Tage vorher, so dass auf diese Weise die endgültige Entfieberung so lange verzögert wurde.

Nun aber kommt noch ein zweiter Typus vor, die Entfieberung nach Art einer Krise, der in Kurve No. III wiedergegeben ist. Selbstverständlich sehen alle hierher gehörigen Kurven sich noch in weit höherem Grade ähnlich, als es beim ersten Typus der Fall war. Es sind desswegen nur noch wenige Einzelheiten, die noch gesonderte Erwähnung finden müssen. Das Charakteristische liegt eben in einem kontinuirlichen Temperaturabfall bis zur Norm, und jede Abweichung von diesem Verhalten lässt eine solche Kurve als nicht hierher gehörig erscheinen. Solche, übrigens nicht sehr zahlreichen Fälle sollen noch später Erwähnung finden. Es bleibt demnach nur noch übrig, über die Größe des Temperaturabfalles in den einzelnen Fällen zu sprechen.

Die Kurve (No. III) ist in so fern ausgezeichnet, als hier innerhalb 12 Stunden ein Abfall von 3,4° vorliegt. Ein so starkes Absinken der Temperatur ist in so kurzer Zeit bei keinem anderen Patienten beobachtet worden. Dagegen konnte ich noch bedeutendere Gradunterschiede zwischen dem höchsten und tiefsten Punkt der Kurve in zwei Fällen konstatiren. Hier waren innerhalb 24 Stunden 4° abwärts durchlaufen, nämlich von 40° resp. 40,3 war das Thermometer bis auf 36,0 resp. 36,4 heruntergegangen. Es kamen auf diese Weise so steile Abfälle zur Notiz, wie wir sie nur bei Intermittens, pyä-

mischer Infektion und allenfalls im hektischen Stadium des Typhus zu sehen gewohnt sind.

In allen Fällen führte der Abfall bis zu einer Temperatur unter 37°, 3 gingen bis auf 36,0, nur einer auf 35,9 herunter. So viel über die zweite Form.

Über das Verhältnis, in dem beide genannte Typen bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens stehen, will ich nur anführen, dass unter meinen Kurven diejenigen zahlreicher waren, welche den zweiten Typus, den der kritischen Entfieberung zeigten. Ein genaues Zahlenverhältnis gebe ich aber absichtlich nicht an, da ich die Beobachtungen nicht für genügend zahlreich halte, um zu Gunsten der einen oder der anderen Form statistisch einzutreten. Die einzige Folgerung, die ich bei der vorliegenden kleinen Reihe von Beobachtungen zu ziehen wage, ist die, dass beide Formen der Kurve sich thatsächlich bei Influenza finden und dass man bei Betrachtung aller Temperaturaufzeichnungen diese leicht nach dem oben angegebenen Gesichtspunkt sondern kann. Nur wenige bleiben übrig, bei denen sich nicht auf den ersten Blick sagen lässt, unter welche Kategorie sie zu bringen seien, und die desshalb als Übergangs- resp. Mischformen noch einer kurzen gesonderten Besprechung unterzogen werden sollen. Doch ist ihre Zahl zu gering und auch die Abweichungen zu wenig wesentlich, dass durch ihr Vorkommen das Recht, typische Formen aufzustellen, gefährdet werden könnte. So finde ich Kurven, bei denen sich an einen jähen Abfall von 3° wieder ein kleiner Anstieg von ca. 1° anschließt, bis dann in einem erneuten schnellen Heruntersteigen die Temperatur die Norm erreicht. Oder aber auch es findet sich der Fall in der Weise variirt, dass statt des erwähnten Anstieges sich eine Febris continua während 12 Stunden auf halber Höhe zeigte und dann erst die volle kritische Entfieberung eintrat. Leicht kann man diese Fälle als eine nur etwas protrahirte Krisis deuten.

Dann sind wieder Fälle zu erwähnen, bei denen im Allgemeinen der remittirende Typus vorwaltet, bei denen aber die erste Remission so bedeutend ist und so wenig von den folgenden an Größe erreicht wird, dass sie im Vergleich zu diesen fast wie eine Krise aussehen kann. Und doch wird man kaum fehlgehen, wenn man sie der Kurve No. II subsummirt im Hinblick auf den weiteren durchaus remittirend verlaufenden Typus.

Nun sind noch einige Fälle anzuführen, in denen eine Art Nachfieber auftrat. Nach einem fieberfreien Intervall von 4 bis 6 Tagen zeigen 4 Pat. eine nochmalige Steigerung der Temperatur über 38°; als höchste sah ich 38,7°. Indessen waren es meist nur 12 Stunden, während welcher Fieber bestand. Man könnte von einem Recidiv sprechen, wenn sich von dem ganzen Symptomenbild der Influenza mehr als einzig die hohe Temperatur wiedergefunden hätte.

Auch einen sicheren Fall von Recidiv habe ich beobachtet. Hier war die Fieberbewegung so wenig von den sonst beobachteten

verschieden, dass mir eine gesonderte Besprechung nicht angebracht erscheint.

Am Schlusse dieser Zeilen möchte ich es mir nicht versagen, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Fürbringer, meinen ergebensten Dank abzustatten, nicht sowohl für die Überlassung des Materials, als vielmehr ganz besonders für die theilnehmende Unterstützung, die er mir bei Bearbeitung des Themas so bereitwillig zukommen ließ.

---

1. **Max Perles.** Beiträge zur Kenntnis der Wirkungen des Solanins und des Solanidins.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. Hft. 1 u. 2.)

Das Solanin ist ein basisches Glykosid, welches bei der Spaltung mit verdünnten Säuren in Solanidin und Zucker zerlegt wird. Da die Identität des Solanins aus verschiedenen Solaneen noch nicht sichergestellt ist, hat P. zu seinen Versuchen das aus Kartoffeltrieben von Trommsdorf dargestellte Solanin benutzt.

In seinen Wirkungen auf niedere Organismen wie Amöben und Infusorien, so wie gegen Flimmerepithelien verhält sich Solanin als intensives Protoplasmagift. Bakterienentwicklung wird durch Solanin noch in einer Koncentration von weniger als 1 % gehemmt. — Auf Blut wirkt Solanin, in geringer Menge zugesetzt, gerinnungsbeschleunigend ein, in großen Mengen dagegen hebt es, allerdings unter Zersetzung des Blutes, dessen Gerinnbarkeit auf. Defibrinirtes Blut wird durch Solanin lackfarbig, indem die rothen Blutkörperchen zum Theil aufgelöst, zum Theil bloß ausgelaugt werden. Die dazu nöthige Koncentration ist sehr gering (1 : 100 000). Nach mehrstündigem Stehen geht das Oxyhämoglobin in das reducirte Hämoglobin über, aber nicht in Methämoglobin.

An Kaltblütern bewirkt Solanin eine centrale, vom Gehirn zum Rückenmark absteigende Lähmung, an welche sich später auch die Lähmung des Herzens anschließt; letztere vollzieht sich nach den am isolirten Froschherzen mit Hilfe des Williams'schen künstlichen Durchblutungsapparates angestellten Versuchen in der Weise, dass die absolute Kraft des Herzmuskels sofort auf Solanin abnimmt, das Pulsvolumen und die Pulsfrequenz dagegen erst allmählich. Der deletäre Einfluss des Solanins auf das Herz kommt dem Solanin als solchem zu und ist nicht etwa die Folge der durch Aufschließung der rothen Blutkörperchen aus diesen freigemachten Kalisalze; denn bei der Substitution des Blutes durch Serum blieben die Erscheinungen dieselben. Mikroskopisch ist der Herzmuskel seiner Querstreifung größtentheils beraubt, die einzelnen Primitivbündel sind schollig zerfallen und unelastisch. — An den Applikationsstellen tödtet das Solanin lokal die betreffenden Gewebe ab; dies ist der Grund für die scheinbare Anästhesie der mit dem Solanin in Berührung gekommenen Gewebsflächen. Bei direktem Kontakt eines Nerven

mit Solaninlösung wird er nach kurzdauernder Reizung gelähmt, Muskeln dagegen wurden unter Verlust ihrer Querstreifung ohne voraufgehendes Reizungsstadium direkt gelähmt.

Bei Säugethieren tritt nach sehr vorsichtiger langsamer Injektion direkt in das Blut von Seiten des Nervensystems zunächst heftiger Tremor, späterhin klonische Krämpfe der Kiefer-, Hals- und Rückenmuskeln ein, die sich auch reflektorisch in den Krampfpausen auslösen lassen; dieser anfänglichen Reizung folgen sehr schnell die Symptome einer zunehmenden, tödlichen centralen Lähmung besonders der Respiration. Die peripheren Nerven und Muskeln blieben bis zum Tode reizbar.

Eines der charakteristischsten Symptome der Solaninvergiftung besteht in der Erniedrigung der Körpertemperatur, und das Thermometer giebt über den Grad und das Stadium derselben eben so sicher Aufschluss, wie über den Grad eines Fiebers. Auch in nicht letal verlaufenden Fällen bezeichnet der tiefste Punkt der Temperaturkurve den Höhepunkt der Vergiftung. Die Erholung hält gleichen Schritt mit dem Wiederansteigen der Temperatur. —

Die Athmung wird während der Vergiftung fortwährend angestrengter, namentlich im Exspirium, und dyspnoischer; zum Theil sind auch die Kreislaufsstörungen und die Blutveränderung mit Ursache davon.

Die Verdauungsorgane werden durch Solanin stark angegriffen. Das Erbrechen bei Hunden erfolgt erst nach Ausscheidung des Solanins in den Magen und ist wahrscheinlich reflektorisch; bei der Sektion findet man eine Entreitis, bei der außer vereinzelten Hämorrhagien in verschiedenen Schichten der Darmwand diese ein Bild der markigen Infiltration, ähnlich wie in der ersten Woche eines Ileotyphus, darbietet.

Auch die Nieren zeigen meist frische parenchymatöse Nephritis und in den Harnkanälchen sind Hämoglobininfarkte sehr zahlreich, daher die Albuminurie und Cylindrurie.

Veränderungen des Kreislaufs durch Abnahme der Erregbarkeit des Vasomotorencentrums und der Leistungsfähigkeit des Herzens treten erst kurz vor dem Tode ein.

Bei Injektion in die Bauchhöhle bewirkt das Solanin durch die außerordentlich heftige Reizung des Bauchfells einen förmlichen Shock, von dem die Thiere sich erst nach einer halben Stunde ungefähr etwas erholen. Die Sektion ergiebt hämorrhagisch-exsudative Peritonitis. — Nach subkutaner Injektion kommen die Wirkungen des Solanins auf die Nieren und den Darm fast gar nicht zu Stande, die Blutveränderung nur in geringem Grade. Bei tödlicher Subkutanvergiftung mit Solanin beobachtet man als hauptsächlichstes Symptom: progressive allgemeine Lähmung, Absinken der Temperatur (von 40° auf 31,5°!), Dyspnoe und Herzlähmung. — Die Dosis letalis vom Magen aus beträgt für Kaninchen 0,3 pro Kilo; darauf erfolgt der Tod nach 12 Stunden. Bei kleineren Dosen blieben erhebliche

Vergiftungssymptome völlig aus. Bei Hunden wirkt es vom Magen aus in erster Linie brechenerregend. Kommt es trotzdem zur Resorption und zu einer direkten Einwirkung auf den Darm, so entsteht eine heftige akute Schleimhautentzündung, die sich nur langsam zurückbildet und als Folge derselben profuse Diarrhöen.

Das Solanidin, welches aus dem basischen Glykoside Solanin bei der Spaltung mit verdünnten Säuren entsteht, ist wie das Solanin ein Protoplasmagift und ein eben solches Blutgift. Centrale absteigende Lähmung, die auch das Respirationscentrum betrifft, ferner Lähmung der excitomotorischen Herzganglien und des Herzmuskels sind die Hauptwirkungen des Solanidins bei subkutaner Injektion an Kaltblütern; nur entwickelt sich die Lähmung langsamer als beim Solanin. Die örtlich reizenden Wirkungen des Solanins gehen dem Solanidin so gut wie vollständig ab. Auf die peripheren Nerven und Muskeln hat das Solanidin keine erhebliche Einwirkung.

Beim Warmblüter ist kontinuirliches Sinken der Temperatur bis zum Tode ein konstantes Symptom tödlicher Solanidinvergiftung wie beim Solanin. Die Nephritis ist bei Solanidin eben dieselbe wie beim Solanin, eben so die Entzündung der Dünndarmschleimhaut.

Der Hauptunterschied zwischen Solanin und Solanidin ist darin gegeben, dass letzteres bei Einbringung in die Peritonealhöhle, in das Unterhautzellgewebe oder in Wunden keine lokalen Reizerscheinungen bewirkt.

Das beschriebene Verhalten des Solanins und des Solanidins lässt diese Körper pharmakologisch am passendsten in die Gruppe des Sapotoxins (Quillajasäure, Sapotoxin, Senegin, Cyclamin) einreihen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

2. **K. Alt.** Untersuchungen über die Ausscheidung des subkutan injicirten Morphium durch den Magen. (Aus der psychiatrischen Klinik in Halle.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 25.)

Eine Beobachtung Hitzig's, dass bei einem Hunde, der das Erbrochene eines wenige Minuten vorher durch subkutane Morphiuminjektion narkotisirten Hundes auffraß, kurze Zeit darauf Erbrechen sich einstellte, forderte zur Untersuchung auf, ob und in welcher Zeit und wie viel von subkutan einverleibtem Morphium durch die Magenschleimhaut abgesondert wird. Versuche an Hunden ergaben Folgendes:

1) Nach subkutaner Morphiumapplikation wird Morphium durch den Magen ausgeschieden.

2) Die Ausscheidung ist bereits $2^1/_4$ Minuten nach der Injektion nachweisbar, dauert deutlich eine halbe Stunde an, ist dann nur schwach, hört nach 50—60 Minuten ganz auf.

3) Der Brechreiz nach subkutaner Injektion tritt erst zu einer Zeit ein, in der das Morphium bereits in den Magen ausgeschieden

wird und kann durch Ausspülung des Magens vermieden werden. — Verf. glaubt auf Grund dieser Beobachtung den cerebralen Ursprung des initialen Erbrechens bestreiten zu dürfen und letzteres als eine durch Reizung der Magennervenenden ausgelöste Reflexwirkung ansehen zu sollen. (Diese Ansicht hat er auf die Verhältnisse beim Menschen nicht ausdrücklich übertragen, was sich freilich schon durch die eine Thatsache verbieten würde, dass das Erbrechen nach Morphiumaufnahme beim Menschen häufig durch horizontale Körperlage beschwichtigt wird, umgekehrt beim Aufrichten des Kopfes sich alsbald einstellt. Ref.)

4) Die in den Magen ausgeschiedene Morphiummenge ist eine sehr beträchtliche, sie erreicht schätzungsweise wohl die Hälfte des injicirten Giftes (in dem bezüglichen Versuch waren nach 20 Min. von 20 cgm subkutan injicirten Morphiums 7,1 cgm in den Magen übergegangen; auf der Thatsache, dass die Absonderung in den Magen mindestens 50 Minuten andauert, beruht die höhere Schätzung, welche also von der gleichzeitigen Resorption des Morphiums durch den Magen, seine Ausscheidung durch den Urin etc. Abstand nimmt).

5) Durch eine längere Zeit fortgesetzte Magenausspülung werden die Vergiftungserscheinungen nach subkutaner Morphiumapplikation wesentlich herabgesetzt und sonst sicher tödliche Dosen ohne Nachtheil vertragen.

Zur vorläufigen Orientirung, ob die vorstehenden am Hunde gewonnenen Ergebnisse auch für den Menschen Geltung haben, hat Verf. an 3 Männern Kontrollversuche (mit je 3 cgm Morphium) gemacht, denen zufolge die Morphiumabsonderung in den Magen auch beim Menschen geschieht, schon nach $2^1/_2$ Minuten sich für die Jodsäurereaktion bemerklich macht, deutlich etwas über $^1/_2$ Stunde dauert und nach 1 Stunde etwa aufhört. Bei keinem der durch die Magenpumpe vom Morphium befreiten Männer trat eine bemerkenswerthe Morphiumwirkung ein.

Spärliche Angaben über die Elimination subkutan injicirten Morphiums durch die Magenschleimhaut haben, wie Verf. nachträglich fand, Dragendorff, Kauzmann, Marmé und Leineweber gemacht.

G. Sticker (Köln).

---

3. **G. Sormani.** Azione dei succhi digerenti sul virus tetanigeno.

(Riforma medica 1889. No. 95.)

In einer vorläufigen Mittheilung fasst S. das Ergebnis seiner experimentellen Studien über den Einfluss der Verdauungssäfte auf den Tetanusbacillus Rosenbach's in folgenden Sätzen zusammen:

1) das Fleisch von Schlachtthieren, die am Tetanus zu Grunde gegangen sind, darf ungestraft genossen werden;

2) der Tetanuserreger passirt den Magendarmkanal der Herbivoren und Carnivoren, ohne tödlich zu wirken oder irgend eine besondere Krankheitserscheinung hervorzurufen;

3) die Verdauungssäfte der Herbivoren und Carnivoren üben eine vernichtende oder abschwächende Wirkung auf den Tetanusbacillus nicht aus;

4) ein Thier kann ungefährdet eine weit größere Menge des Tetanus erzeugenden Giftes durch den Magendarmkanal aufnehmen als jene ist, welche bei hypodermaler Inoculation unfehlbar seinen Tod zur Folge haben würde;

5) die angeführten Thatsachen erregen einigen Zweifel an der Theorie, der zufolge die Pathogenese und Symptomatologie des Tetanus mit der Resorption alkaloider Stoffwechselprodukte des Bacillus in Beziehung gebracht wird;

6) die Darmentleerungen der mit Tetanusbacillen gefütterten Thiere können ein Mittel zur Verbreitung des Virus werden.

G. Sticker (Köln).

---

4. **Di Vestea** und **Zagari.** Neue Untersuchungen über die Wuthkrankheit.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 7.)

Die Verff. ergänzen ihre frühere Mittheilung über die Ausbreitung des Wuthgiftes im Körper durch weitere Beobachtungen. Vor Allem ist die von ihnen schon früher studirte Ausbreitung des Virus im Nervensystem bedeutungsvoll. Es kommt die Impfung der Wuthkrankheit in die Nerven beim Kaninchen derjenigen durch Trepanation an Sicherheit gleich; beim Meerschweinchen und Hunde ist sie weniger sicher. Aufträufeln eines Tropfen Virus auf einen kleinsten durchschnittenen Nervenfaden giebt denselben Erfolg wie Injektion in einen Nervenstamm, und zwar lässt sich auf diese Weise das Meerschweinchen eben so sicher wie das Kaninchen inficiren. Dass das Virus nach seinem Eintritt in den Nerven in der That ausschließlich auf der Nervenbahn vordringt und so schließlich durch ebenfalls successive Infektion des Centralnervensystems das klinische Bild der Wuth erzeugt, geht aus Folgendem hervor: werden die Thiere im richtigen Moment getödtet, so ist lediglich dasjenige Ende des Cerebrospinalstranges virulent, welches in unmittelbarer Beziehung zur Impfstelle steht. Resecirt man bei Kaninchen oder Meerschweinchen einen Theil des Rückenmarks und hält man die beiden Wundflächen durch einen Wattebausch bei offener antiseptischer Wundbehandlung aus einander, so wird nur derjenige Theil der Cerebrospinalachse virulent, welcher mit dem inficirten Nerven in Verbindung steht.

Außer bei der Impfung in den Nerven haben die Verff. den Gang der Infektion nach Impfung in das Blut und in die Lymphbahnen (speciell das Peritoneum) studirt. Bei intravenöser Impfung kann das Virus an verschiedene Stellen des Centralnervensystems geführt werden und je nachdem verschiedene klinische Formen der Wuthkrankheit erzeugen; das Gleiche findet sich bei Impfung in das

Peritoneum (für welche aber wenigstens 1 ccm Emulsion zum Gelingen der Infektion nöthig ist).

Nach einer Analyse von Fällen menschlicher Wuthkrankheit kommen die Verff. zu dem Schluss, dass beim Menschen wenigstens alle die Fälle von Wuthkrankheit, bei welchen die Entwicklung des symptomatischen Bildes in offenbarer Beziehung zu dem Sitz der Bisswunde steht, deutlich zu Gunsten der Aufsaugung des Virus auf dem Wege der Nerven sprechen. **H. Neumann** (Berlin).

---

5. **R. Thoma** (Dorpat). Über eigenartige parasitäre Organismen in den Epithelzellen der Carcinome.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 11. p. 413.)

In der Form einer vorläufigen Mittheilung berichtet Verf. über einzellige, 4—15 μ große Organismen, welche aus Protoplasma und Kern, zuweilen mit Kernkörperchen, bestehen, stark lichtbrechend sind und eine rundliche, meist ovale oder wetzsteinähnliche Form besitzen; sie färben sich mit den gebräuchlichen Tinktionsmitteln. Diese Gebilde, welche Verf. ihrer ganzen Natur nach nur als parasitär ansehen kann, finden sich beim Carcinom (Rectum, Magen, Mamma) des Menschen häufig in den Epithelkernen, welche sich verändern, blasenförmig, hohl werden und ihre Färbbarkeit fast gänzlich verlieren; oder die einzelligen Organismen liegen in einer Höhlung, die sich unmittelbar neben dem Zellkern gebildet hat. Ob die beschriebenen Parasiten irgend welche Beziehung zur Ätiologie des Carcinoms haben, lässt Verf. dahingestellt und behält er sich eine genauere Beschreibung derselben vor. **Roenick** (Berlin).

---

6. **Stefano Mircoli.** Sulle alterazione acute del miocardio per stimoli semplici e specifici.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 1.)

Nach circumscripten Läsionen des Herzmuskels durch Kauterisation tritt eine Veränderung nur in unmittelbarer Nähe der abgetödteten Gewebspartie ein. Zuerst finden sich (beim Kaninchen) nach 3 Tagen karyokinetische Theilungsfiguren der Bindegewebszellen. Nach 5—6 Tagen zeigen auch die Muskelfasern Karyokinese. (Über den Befund in späterer Zeit macht der Verfasser keine Angaben. Ref.)

Nach Injektion von Streptococcus pyogenes in das Pericard, welche binnen 36—48 Stunden den Tod des Versuchsthieres durch eitrige Pericarditis bedingt, findet sich sekundär eitrige Entzündung des Herzfleisches mit Zerstörung der Muskelfasern, namentlich an den Vorkammern und Herzohren, weniger an den Ventrikeln. Die Kokken dringen durch die Lymphgefäße ein. Karyokinesen sind in der Umgebung der Entzündungsherde nicht nachweisbar. Auch nach subkutaner Injektion von Streptococcus pyogenes war nach dem Tode (4—5 Tage nach der Operation) die Anwesenheit von Kokken und

die Bildung circumscripter Entzündungsherde im Herzfleisch nachweisbar. — Noch viel reichlicher erscheinen solche Herde nach intravenöser Einführung der Streptokokken. — Der Pneumoniecoccus A. Fraenkel's erzeugt bei Injektion in das Pericard zwar Pericarditis, aber keine Läsion des Herzfleisches. **F. Neelsen** (Dresden).

---

7. **Guinon.** Des conditions de propagation des maladies contagineuses de l'enfance.

(Progrès méd. 1889. No. 35 u. 36.)

Die erhebliche Abnahme der Infektionskrankheiten im Pariser Kinderkrankenhause und die bemerkenswerth verringerte Intensität der Fälle veranlassen den Verf. zu einer Betrachtung der Verbreitungsweise der ansteckenden Krankheiten im Kindesalter und der Mittel, deren Ausbreitung zu verhindern.

Ausgehend von der Anschauung, dass wohl alle ansteckenden Krankheiten des kindlichen Alters durch Mikroorganismen bedingt sind, hält es Verf. für ein Haupterfordernis, dass wir zu erfahren suchen, in welchen Organen diese Organismen leben, von wo die Krankheit ihren Anfang nimmt. Die Ausathmungsluft enthält nach vielen experimentellen Ergebnissen keine Mikroorganismen; dagegen finden sich in Mund und Rachen die Keime einiger Krankheiten wie Diphtherie, Scarlatina. Im Urin sind nur selten Bakterien, in den Fäkalien nur die Bacillen einiger Diarrhoen gefunden worden. Einige Mikroorganismen, wie die der Scarlatina, des Erysipels scheinen ihren Sitz in der Haut zu haben; andere sitzen sicher in Blut und den Eingeweiden.

Nach einer Übersicht der vielen experimentellen Untersuchungen über die Vitalität der Bakterien zeigt Verf. dann, wie klinische Beobachtungen diese Ergebnisse bestätigen, weist auf das Wiederauftreten derselben Infektionskrankheit bei ein und demselben Individuum ohne eine neue Ansteckung, auf den von A. Fraenkel erhobenen Befund von Typhusbacillen im Abscesseiter eines vor 4 Monaten an Typhus erkrankten Pat., auf das Vorhandensein von Pneumokokken im Speichel von Pat., die vor mehreren Jahren eine Pneumonie durchgemacht haben, hin.

Die Übertragung der Krankheitskeime kann direkt von Person zu Person oder indirekt erfolgen; letztere Art ist die häufigere. Sie kann erfolgen durch dritte Personen, Thiere, durch Bücher, Möbel, Instrumente, durch öffentliche Transportmittel; ferner durch Wasser (Typhus, Cholera), Milch, Gemüse. Bakterien können ferner an Wänden und Gardinen haften und von dort aus eben so wie durch den Staub der Krankensäle übertragen werden.

Für das Eindringen der Mikroorganismen bieten Affektionen der Schleimhäute, besonders die der Luftwege, eine besonders günstige Pforte und schaffen so eine Prädisposition zur Erkrankung. Eine solche wird aber auch durch Allgemeinerkrankungen des Körpers,

durch Schwäche, die denselben an Widerstandsfähigkeit schmälert, bedingt.

Am Schlusse seiner Betrachtung beschäftigt sich Verf. mit dem Zusammenhang von Komplikationen und sekundären Infektionen. Er will verschiedene im Verlaufe von Infektionskrankheiten beobachtete Erscheinungen, wie die Tonsillarabscesse bei Diphtherie, die Drüseneiterungen bei Scarlatina, die Bronchopneumonie bei den Rötheln, nicht als Komplikationen der Erkrankung, sondern als sekundäre Infektion mit veränderter Lokalisation aufgefasst wissen.

Über die Mittel zur Bekämpfung der Infektion bei den einzelnen Erkrankungen will Verf. in einer besonderen Arbeit handeln.

M. Cohn (Berlin).

---

8. **L. E. Bertrand.** Des anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse.

(Revue de méd. 1889. No. 7. Juli 10.)

Mit dem Namen pneumonie à poussées successives bezeichnet Verf. dieselbe Form von Pneumonie, welche Jaccoud bereits Pneumonie à reprises nannte, d. h. eine fibrinöse Pneumonie mit stark ausgeprägtem intermittirenden resp. remittirenden Typus. Die Pneumonie beginnt mit Schüttelfrost etc. unter dem gewöhnlichen Bilde, die Temperatur bleibt ein paar Tage hoch, um darauf plötzlich zur Norm abzufallen unter Besserung der subjektiven Beschwerden. Die Apyrexie und Euphorie dauert aber nur 24, 36 oder 48 Stunden, worauf die Temperatur wieder mit den typischen Begleiterscheinungen der Pneumonie jäh ansteigt, um meist nach 1 Tage wieder abzufallen. Dieser Vorgang kann sich mehrere Male wiederholen, bis die abgefallene Temperatur plötzlich auf der Norm stehen bleibt. Die physikalischen Symptome ändern sich während der Apyrexie nicht; eben so wenig macht auch der Entzündungsprocess an der Lunge während des Anstieges der Temperatur irgend welchen nachweisbaren Fortschritt. Pneumokokken ließen sich 2mal nachweisen. Da die Fieberkurve den Gedanken an Malaria nahe legt, betont Verf. immer wieder, dass nachgewiesenermaßen von einer derartigen Infektion nicht die Rede sein kann, ohne jedoch den Versuch einer Erklärung dieses abnormen Fiebertypus vom bakteriologischen Standpunkte aus zu machen. Die Prognose ist in diesen Fällen günstig, ihre Stellung aber mahnt bei der Schwierigkeit, gleich im Beginn den Krankheitsprocess zu übersehen, zur Vorsicht.

Roenick (Berlin).

---

9. **Leu.** Die Wirkung der Kamphersäure gegen die Nachtschweiße der Phthisiker.

(Charité-Annalen 1889. XIV. Jahrg.)

L. hat auf Fürbringer's Empfehlung Kamphersäure, welche durch Oxydation des Kamphers mittels Salpetersäure hergestellt wird, gegen die Nachtschweiße der Phthisiker angewandt.

Das Mittel ist in Wasser nur wenig, besser in Alkohol löslich; es wurde theils mit, theils ohne Einhüllung in Oblaten gegeben. Der Geschmack scheint nicht sehr angenehm zu sein. — Das Medikament wurde bei 13 Personen angewandt und im Ganzen 55mal gegeben, immer handelte es sich um Schweiße hohen, zum Theil sehr hohen Grades. Als »voller Erfolg« galt nur die Erzielung gänzlicher Trockenheit der Haut. Dieser wurde in 60% erreicht, ein »theilweiser« Erfolg bei ca. 22% und gar kein Erfolg bei ca. 18%. Die mittlere Dosis betrug 2 g Kamphersäure, Abends gereicht; doch wurde dieselbe zuweilen auf 3, ja selbst auf 5 g verstärkt, jedoch so, dass 2 bis 3 g Abends und 2 g Mittags gegeben wurden. — Eigenthümlich war, dass die Kamphersäure oft nicht in derselben, sondern erst in der nächsten Nacht wirkte; und ferner stellte es sich heraus, dass die Wirkung überhaupt länger (für mehrere folgende Nächte) anhielt.

Um einen Vergleich mit dem sonst in erster Reihe zu nennenden Mittel gegen Nachtschweiße, dem Atropin, anstellen zu können, gab Verf. dasselbe bei 6 Kranken in 24 Einzelbeobachtungen, und zwar jedes Mal in großen Dosen, die oft die Maximaldosis überstiegen, abwechselnd mit der Kamphersäure. Es zeigte sich dabei, dass »voller Erfolg« nur bei 42% zu verzeichnen war etc., jedenfalls eine geringere Wirksamkeit als bei der Kamphersäure; namentlich aber war das Atropin auch hinsichtlich der Dauerwirkung nicht annähernd der Kamphersäure gleichzustellen. Sodann fehlten Neben- oder Nachwirkungen bei der Kamphersäure fast immer, während sie beim Atropin ungemein häufig waren (Schlingbeschwerden, Trockenheit im Halse, Durstgefühl, unruhiger Schlaf, Schwindel etc.). Wichtig ist, dass der Appetit und die Verdauung durch die Kamphersäure nicht gestört wurden. Von einzelnen Kranken wurde dem Mittel sogar eine schlafbringende Wirkung zugeschrieben — vielleicht beruht dies einfach darauf, dass in Folge des Fehlens der Nachtschweiße die Kranken sich weniger unbehaglich fühlten. — In einem Falle trat mehrere Tage nach der Darreichung der Kamphersäure ein verbreitetes, stark juckendes, urticariaähnliches Exanthem auf, welches einige Tage anhielt, übrigens später, nach wiederholten Dosen von Kamphersäure, ausblieb, so dass es zweifelhaft ist, ob das Zusammentreffen ein zufälliges ist oder nicht.

L. hat endlich auch Versuche mit äußerlicher Anwendung der Kampfersäure in spirituöser Lösung begonnen. Bei einer Pat., welche an starken, lokalisirten Schweißen litt, wurde das Mittel vergleichsweise mit Essig, aromatischem Spiritus etc. angewandt und zeigte sich diesem entschieden überlegen; gegenwärtig ist Verf. noch mit Versuchen über die Wirksamkeit der Kamphersäure bei Fußschweißen beschäftigt.

Nach den freilich noch beschränkten Erfahrungen des Verf.s verdient die Kamphersäure jedenfalls eine ausgedehntere Anwendung bei den so quälenden nächtlichen Schweißen der Phthisiker.

Küssner (Halle).

10. **Lubet-Barbon.** Die Behandlung der Tracheitis durch intratracheale Injektionen von Menthol.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 27. p. 426 ff.)

Die Tracheitis, welche ungemein selten isolirt auftritt, sondern meistens im Gefolge akuter oder chronischer Laryngitis und Bronchitis sich bemerkbar macht und sehr oft nach dem Verschwinden dieser Erkrankungen andauert, verursacht dem Pat. ein peinliches Gefühl hinter dem oberen Sternalende und gleichzeitig andauernden Hustenreiz; laryngoskopisch sieht man Röthung der Schleimhaut und intensive Vascularisation der obersten Trachealringe. Da mit den gewöhnlichen Arzneimitteln den störenden Symptomen nicht beizukommen ist, so versuchte L.-B. die lokale Behandlung; er benutzte 5—10 %ige ölige Menthollösungen, bei veralteten Fällen 20 %ige; diese Lösung wird vermittels einer Pravaz'schen Spritze mit langer, dem Larynx entsprechenden Ansatzkanüle eingespritzt; die Kanüle muss mit Hilfe des Kehlkopfspiegels so weit eingeführt werden, dass die Entleerung der Spritze durch die Rima glottidis während der tiefen Inspiration des Pat. möglich ist. Die Injektion wird meist gut vertragen, schon nach der ersten Injektion vermindern sich die quälenden Symptome und die Untersuchung zeigt Abnahme der Röthung; man beginnt mit einer 5 %igen Lösung und steigt zu der 10 resp. 20 %igen Lösung an. **Prior** (Köln).

---

11. **v. Jürgensen.** Über die mechanische Behandlung der Tabes nach dem System Hessing.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Statt der Suspension empfiehlt v. J. angelegentlichst das von Hessing geübte Verfahren der permanenten Dehnung der Wirbelsäule mit Hilfe eines dem Rumpfe sich eng anschmiegenden, genau nach den Körperformen gearbeiteten Stoffkorsetts, bei welchem die Achseln und vor Allem das Becken Stützpunkte sind. Zeigt sich das Halsmark betheiligt, so wird auch der oberste Theil der Wirbelsäule durch besondere Vorrichtungen entlastet. Die Reihenfolge, in welcher die krankhaften Erscheinungen zurückgehen, scheint eine regelmäßige zu sein; zunächst bessern sich Störungen von Seiten der Blase und des Darmes, später lassen auch die Parästhesien nach, am langsamsten stellt sich das Gehvermögen wieder ein, das Allgemeinbefinden wird wesentlich gehoben. Durch die Stützung der Wirbelsäule, deren Länge unverändert bleibt, so dass eine wechselnde Belastung des Inhaltes vom Wirbelkanal nicht stattfinden kann, werden die Bedingungen für die Blut- und Lymphströmung in dem Mark und seinen Häuten günstiger und ein Ausgleich von Ernährungsstörungen eher ermöglicht. **Seifert** (Würzburg).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Gauthier et Legrand.** Pustule maligne de la face; cautérisation au thermo-cautère; injections iodées interstitielles; guérison. Examen bactériologique.

(Union méd. 1889. No. 101.)

Ein 30jähriger Mann, welchem seit 10 Monaten die Enthaarung und Waschung von Ziegenfellen in einer Gerberei oblag, wurde an der Stirn von einer Fliege gestochen. Es bildete sich hiernach eine kleine Anschwellung, welche er mit dem Fingernagel abkratzte. Er beachtete die kleine Wunde nicht weiter, bis 5 Tage nach dem Stich die ganze rechte Gesichtshälfte ödematös wurde. Auf der Stirn hatte sich ein Karbunkel entwickelt, Halsdrüsen waren nicht geschwollen. Dabei Temperatur 39,5°, Puls sehr frequent, schlechtes Allgemeinbefinden, kein Albumen im Urin. Der Karbunkel wurde in weiter Ausdehnung mit dem Pacquelin ausgebrannt, am Abend darauf Verschlimmerung des Allgemeinzustandes. Mittels sterilisirter Spritze wurden mitten aus der ödematösen Wange einige Tropfen Blutes zur Untersuchung entleert und hierauf nach allen Richtungen der erkrankten Gesichtsseite 14 ccm einer Lösung von Tinct. jodi 2 : 100 injicirt. Da am nächsten Tage noch keine Besserung eintrat 10 Einspritzungen einer Jodtinkturlösung von 10 : 100. Nachdem noch in den nächsten Tagen mehrfach analoge Injektionen ausgeführt waren, besserte sich der Zustand nnd 10 Tage nach der Aufnahme verließ der Pat. geheilt das Krankenhaus. Die bakteriologische Prüfung des Blutes in Kulturen ergab die charakteristischen Bacillen der Pustula maligna, ebenfalls die Untersuchung der inneren Organe eines Kaninchens, welchem Stücke der Milz eines anderen Kaninchens eingeimpft wurden, welches nach Inoculation einiger Tropfen jener Kulturen nach 44 Stunden verstorben war.

G. Meyer (Berlin).

13. **Riedel** (Forchheim). Bericht über eine kleine Epidemie von Schweißfrieselerkrankungen in Hallerndorf.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 10.)

Im Monat Juli kamen in Hallerndorf 14 Fälle des sog. Schweißfriesels zur Beobachtung, die in ätiologischer Beziehung vollständig dunkel blieben. Die Epidemie trat plötzlich auf, verschwand nach 4 Wochen wieder und raffte Personen im besten Alter dahin. Es waren 2 Männer und 12 Frauen, von denen 4 starben. Die Hauptsymptome bestanden in Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Schweißausbruch, Frieselbildung, Mattigkeit und Hinfälligkeit; da, wo der Tod eintrat, erfolgte dieser rasch wie durch einen Herzschlag; in den Fällen, die mit Genesung endeten, erfolgte zumeist eine starke Abschuppung. Der in allen 14 Fällen auftretende Symptomenkomplex ergiebt von selbst zur Genüge, dass eine Verwechslung mit irgend einer anderen akuten Infektionskrankheit ausgeschlossen ist.

Goldschmidt (Nürnberg).

14. **Townsend and Coolidge** (Boston). The mortality of acute Lobar Pneumony.

(Sep.-Abdr. aus Transactions of the Amer. Climatological Assoc. 1889. Juni.)

Vom Jahre 1822 bis zum 1. Mai 1889 wurden nach dieser Statistik im General Hospital of Massachusetts 1000 Fälle von krupöser Pneumonie behandelt, von welchen 225, also genau 25% starben. Wenn auch in manchen Jahren die Pneumonie keine Todesfälle forderte, in anderen Jahren wieder relativ viele, so lässt sich doch im Ganzen sehen, dass der Procentsatz an Todesfällen von Jahr zu Jahr zunahm, in der Weise, dass in dem ersten Zeitabschnitt von 1822—1829 der Procentsatz der letalen Ausgänge 10 betrug und in der Zeit von 1879—1889 28%. Die meisten Pneumonien fanden sich im März und April, die wenigsten im Juli. Der rechte untere Lappen ist 337mal befallen mit 47 Todesfällen = 14%; der linke untere hat die entsprechenden Zahlen 216; 28; 13%; beide Lungen 111; 63;

57%; der rechte obere Lappen 105; 25; 24%; die ganze rechte Lunge 74; 39; 53%; die ganze linke Lunge 39; 26; 67%; die obere linke Lunge 31; 7; 23%; der mittlere rechte Lappen 19; 4; 22%. Die Zahl der Todesfälle ist am größten am 8. und 9. Tage der Erkrankung. Bei 212 Pat. zwischen 1870 und 1885 endete die Pneumonie 128mal mit Krisis, 84mal durch Lysis. Von den 1000 Pat. sind 724 männlichen Geschlechts. Je älter die Pat. sind, um so größer die Mortalität, so dass von Kindern unter 10 Jahren starben 10%; Männer zwischen 20 und 30 Jahren 18,5%, zwischen 30 und 40 Jahren 25%, über 70 Jahre 66,7%. Von 445 Pat., welche vor der Erkrankung gesund waren, starben 62 oder 14%; von 67 Pat. von schwächlicher Körperbeschaffenheit starben 26 oder 39%. Von 161 Pat. mit Komplikationen starben 37%. Als Komplikationen finden wir am häufigsten das Delirium tremens und an zweiter Stelle die Phthisis und Typhus; von 109 Trunkenbolden starben 41%. Was die Nation der Erkrankten anlangt, so starben von 463 Amerikanern 103 = 22%, von 371 Irländern = 94 oder 25%; von 119 anderen Fremden 36 oder 30%; nicht angegeben ist die Herkunft von 47 Pat. mit 17 Todesfällen oder 36%. Die Ursache für diese Erscheinung ist unklar, die Autoren denken daran, dass die armen und schlecht ernährten Bewohner Bostons vielfach Fremde sind; ob das zutrifft, ist schwer zu entscheiden, jedenfalls vergessen die Autoren den Faktor Klima, durch welches Boston zu den ungesundesten Orten von Ostamerika gehört und dort Phthisis und Typhen blühen, an denen der Fremdling mehr leidet, als der Eingeborene. Das Geschlecht übt keinen Einfluss aus auf die Mortalität; eben so macht keinen Unterschied die frühere und jetzige Behandlungsart, die Todesfälle nehmen langsam zu. Die Statistik leidet an dem Fehler, dass die Bestimmung, ob Pneumonie oder nicht vor der Zeit der physikalischen Untersuchung, also für fast die Hälfte der Pat., vielfach ungenau ist, so dass die Autoren, da sie keine Diagnosis vorfanden, aus den Krankennotizen sich die Pneumonie konstruirten. **Prior** (Köln).

15. **A. Westphal.** Ein Fall von Diabetes insipidus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 35.)

Eine 32jährige Tagelöhnerfrau, die stets gesund gewesen ist, erkrankt am 1. Tage ihres 10. Wochenbettes mit heftigem Durstgefühl, welches besonders Nachts so stark wurde, dass es der Pat. den Schlaf raubte. Pat. trinkt gegen 6 Liter per Tag, hat aber beständig Durst, Trockenheit und Brennen im Munde. Urinmenge bedeutend vermehrt. Pat. ist müde und abgeschlagen.

Status bei der Aufnahme ins Krankenhaus: gracil gebaute, anämische Frau, Haut auffallend welk und trocken, eben so die Zunge. Innere Organe normal. Puls auffallend verlangsamt, selten über 60, Urin hellgelb, sauer, 1005, ohne Eiweiß und Zucker.

Einige Tage der Beobachtung erwiesen klar, dass es sich um einen Fall von Diabetes insipidus handle, und es erschien W. von Interesse, ob hier eine primäre Polyurie i. e. eine Anomalie des Sekretionsapparates oder eine primäre Polydipsie i. e. eine Anomalie des Allgemeinbefindens vorliege. Zu diesem Behufe prüfte er auf Veranlassung von Erb die Postulata, die Buttersack (Arch. f. Psychiatrie, Bd. XVII) für die Diagnose einer primären Polydipsie aufstellte, an seinem Falle.

Das erste Postulat, Schweißabsonderung, wurde nicht erfüllt; dagegen traf die zweite Forderung, dass der in 24 Stunden entleerte Urin stets geringer sein müsse als die zugeführte Flüssigkeitsmenge, durchgehends zu.

Zur Entscheidung des dritten Postulates, dass bei Sistirung der Flüssigkeitszufuhr die Ausscheidung sich alsbald wie bei einem gesunden Menschen verhalten müsse, stellt W. mit der Pat. einen Durstversuch unter Heranziehung einer Kontrollpat. an, der ein positives Resultat ergab.

Auch die vierte Forderung, dass der Modus der Urinausscheidung vollkommen abhängig sei von der Zufuhr, wurde erfüllt.

W. steht danach nicht an, seinen Fall als primäre Polydipsie zu bezeichnen. — Der Verlauf des Falles gestaltete sich in so fern interessant, als nach Beendigung des Versuches das quälende Durstgefühl und die innere Unruhe fast gänzlich ge-

schwunden waren. Pat. trank bis zu ihrer Entlassung nicht mehr als 3 Liter pro Tag; die Urinentleerung blieb relativ gering, schwankend zwischen 2000 und 2500 ccm. Als wesentlichsten Faktor für diese günstige Wirkung betrachtet Verf. den psychischen Effekt des Durstversuches, den Pat. als einen therapeutischen Eingriff ansah.

Über die Ätiologie des Falles weiß Verf. nichts Sicheres anzugeben; da jedoch die Krankheit nach relativ großen Blutverlusten im Wochenbett entstanden ist, glaubt er sie als eine der im Puerperium so häufigen funktionellen Neurosen bezeichnen zu dürfen.

Bezüglich der Prognose des Diabetes insipidus weist W. darauf hin, dass die Fälle von primärer Polydipsie eine weit günstigere Prognose bieten. Durch Darreichung der gebräuchlichen Nervina werden oft Erfolge erzielt; auch ist eine »Entziehungskur« des Versuches werth. **M. Cohn** (Berlin).

16. **M. C. Sigaud.** Note sur un cas d'hémianopsie latérale due à la compression d'une bandelette optique.

(Lyon méd. 1889. No. 31.)

Bei einer 32jährigen Plätterin trat bereits in ihrem 21. Lebensjahre Suppressio mensium und zugleich häufiges Erbrechen auf. Seit einem Jahre zeigten sich lancinirende Schmerzen an der linken Seite des Schädels. In letzter Zeit bemerkte Pat. Abnahme der Sehkraft auf dem linken Auge. Die Sensibilität war intakt Komplicirte Manipulationen wurden ungeschickt, aber nicht ataktisch ausgeführt. Die Kniephänomene waren gesteigert. Ein- bis zweimal im Monate stellten sich eigenthümliche Attacken ein, wobei die Pat. von bizarren Ideen, Blässe des Gesichts und Erbrechen befallen wurde. Ophthalmoskopisch bot sich peripapilläres Ödem und Erweiterung der Retinalgefäße dar. Leichter Exophthalmus linkerseits. Klinisch zeigte sich Hemianopsia lateralis dextra. Endlich entwickelte sich rechts Hemiplegie. 5—6 Tage bestand Aphasie. Tod im Koma.

Die Sektion ergab eine Geschwulst in Cavo cranii, deren eine Portio die Gegend der Sella turcica einnahm, die umgebenden Knochen zerstört hatte und einen haselnussgroßen Ausläufer in die linke Augenhöhle sandte. Der andere Theil komprimirte den linken Tract. optic. und linken Pedunculus cerebri. Der Tumor war ein stark vascularisirtes Sarkom. **J. Ruhemann** (Berlin).

17. **Ephraim.** Ein Fall von einseitiger Gesichtsatrophie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 36.)

Ein 24jähriges Mädchen, in deren Familie Nervenkrankheiten bisher nicht vorgekommen sind, erkrankte vor ca. 2 Jahren mit Erbrechen, an das sich ein achttägiges Unwohlsein anschloss. Zu gleicher Zeit fing sie an, an Kopfschmerzen und heftigen, anhaltenden Zahnschmerzen zu leiden; letztere jedoch nur rechterseits; sie wurde nach einander mit Natron salicylicum, Morphium, Arsen ohne Erfolg behandelt. Die Zahnschmerzen hielten über 4 Monate an, um dann allmählich zu verschwinden.

Bald darauf fingen die Zähne der rechten Seite an, schlecht zu werden, und bröckelten ganz schmerzlos, aber oft mit lautem Geräusch, ab. — Seitdem ist Pat. von jedem erheblichen Unwohlsein verschont geblieben; die Haare sind ihr in den letzten Jahren reichlich ausgegangen; Kopfschmerzen und leichte nervöse Beschwerden treten ab und zu vorübergehend auf. Über die Entstehung ihrer Gesichtsasymmetrie weiß Pat. nichts anzugeben, ist sich derselben auch gar nicht so recht bewusst. Ein Trauma hat nicht stattgefunden.

Beim Anblick der Pat. Ungleichheit sofort auffallend: die rechte Seite ist erheblich kleiner und eingefallener als die linke. Besonders 3 atrophische Stellen der rechten Gesichtshälfte: von der äußeren Hälfte des unteren Augenlides, die haarlos, in einer Ausdehnung von $2^1/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite nach außen und abwärts; in derselben Richtung läuft eine tiefe Furche, welche ihr Centrum in der Fossa canina und eine Länge von 3 cm hat; die dritte abnorme Stelle in Gestalt einer tiefen Einziehung unterhalb des rechten Mundwinkels. An allen diesen

Stellen ist die Haut verdünnt und des Fettpolsters gänzlich beraubt; vom Knochen leicht abhebbar. Auch sonst das Fettpolster rechts viel dünner als links. Die rechte Mundhälfte ist um 4 mm länger als die linke.

Die Zunge weicht beim Herausstrecken beträchtlich nach rechts ab und ist rechts deutlich dünner und schmäler. Beträchtliche Differenz der Knochenentwicklung auf beiden Seiten. Die Weisheitszähne links durchgebrochen, rechts nicht. Ferner fehlen rechts oben 2 Backzähne und der zweite Molarzahn, unten der erste und zweite Molarzahn.

Genau ausgeführte Messungen erläutern die Ungleichheit näher. Die Muskulatur ist auf beiden Seiten ziemlich gleich stark entwickelt und funktionirt beiderseits gleich gut. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln ist im Bereiche der erkrankten Partie gesteigert.

Sensibilität, Temperatur, Sekretion, Geschmack, Fähigkeit zu erröthen beiderseits gleich und normal.

Die Atrophie beschränkte sich also auf das Gebiet des 2. und 3. Trigeminusastes. Den Anfang der Erkrankung verlegt Verf. in die erste Jugendzeit, worauf die Betheiligung der Knochen schließen lässt. **M. Cohn** (Berlin).

18. **Kästenbaum.** Nervöse Störungen und hystero-epileptiforme Anfälle während der Rekonvalescenz eines Abdominaltyphus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 34 u. 35.)

Nach einer Übersicht über die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen von nervösen Störungen bei Abdominaltyphus, unter welchen hystero-epileptiforme Anfälle niemals beschrieben sind, geht Verf. zur Schilderung seines Falles über.

Es handelt sich um einen 14jährigen Pat., der nach einem normal verlaufenden, 28 Tage dauernden, ziemlich schweren Typhus, der mit rheumatischen Schmerzen einsetzte, folgende Erscheinungen darbot: Am Stamm und den Extremitäten eine bedeutende Hyperalgesie der Haut, Muskeln und Knochen, insbesondere der Wirbelsäule, neben Anästhesie der ersteren; ferner Steigerung der Sehnen- und Hautreflexe und der Muskelerregbarkeit neben Paresen der unteren und oberen Extremitäten, welche linkerseits beträchtlicher waren. Daneben bestand Atrophie der Muskeln, die gleichmäßig den gesammten Körper betraf. Das Sensorium war stets frei; von Kopfnerven war keiner betheiligt. Nachdem die Reizungs- und Lähmungserscheinungen theilweise verschwunden waren und Pat. sich bedeutend erholt hatte, traten plötzlich tonische und klonische Krämpfe am Stamm und in den Extremitäten mit Bewusstseinsstörung ein, welche nach 10 Tagen an Zahl allmählich abnehmend für immer cessirten.

Für die Entstehung dieser Erscheinungen möchte Verf. sowohl periphere als centrale Processe verantwortlich machen. Die Muskelsymptome führt er auf eine Myositis zurück, welche rasch in Heilung überging; die Knochenschmerzen sollen auf einer Affektion des Knochenmarkes basiren.

Zur Erklärung der Hyperalgesie neben Anästhesie der Haut, der gesteigerten Haut- und Sehnenreflexe und der Parese der Extremitäten reicht die Annahme einer Polyneuritis nicht aus; bei dem Fehlen von sonstigen Symptomen, die für eine gröbere Erkrankung des Rückenmarks sprächen, nimmt Verf. mikroskopische Veränderungen der grauen und weißen Substanz und der Meningen an. Die beobachteten hystero-epileptiformen Krämpfe macht Verf. zum Gegenstand einer etwas ausführlicheren Besprechung: Ein akutes Auftreten solcher Fälle wird beobachtet bei akuten Intoxikationen, progressiver Paralyse, multipler Sklerose, Hirntumoren, profusen Hirnblutungen, Urämie, starker Hyperämie und beträchtlicher Anämie. Per exclusionem und auf Grund einer Blutuntersuchung kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Anämie, vielleicht in Verbindung mit einer Intoxikation durch das Typhusgift, das Zustandekommen der rasch auftretenden und schnell völlig verschwindenden Anfälle herbeigeführt habe. **M. Cohn** (Berlin).

19. **Ross.** Some forms of paralysis after typhoid fever.

(Transactions of the assoc. of. Amer. physicians. Third Session 1888. p. 77.)

Eine Kranke, welche sich in der Rekonvalescenz von einem mäßig schweren, unkomplicirten Typhus befand, erkrankte in der 8. Woche mit Fieber und Schmer-

zen in den Beinen. Dazu gesellten sich bald Hyperästhesie der Beine, Kontrakturen in den Hüft- und Kniegelenken, Parese sämmtlicher Muskeln der unteren Extremitäten mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit und Decubitus. Plantar- und Bauchreflex vorhanden. An einem Tage Incontinentia urinae. Bei guter Ernährung und sorgfältiger Behandlung des Decubitus und zuletzt Gewichtsextension trat innerhalb 5 Monaten völlige Heilung ein. R. glaubt, dass die Erkrankung nicht im Rückenmark, sondern in den Stämmen der Spinalnerven gesessen habe.

Ein zweiter Fall betraf einen 15jährigen Knaben, der einen leichten Typhus überstanden hatte und, als er schon fieberfrei war, am Ende der 4. Woche eine Gaumenlähmung bekam. Wenige Tage darauf stellte sich ein Gefühl von Taubheit in den Fingerspitzen und in den Beinen ein. Bald kam es zur ausgeprägten Parese aller Extremitäten, und zwar links mehr als rechts. Auch der Kopf konnte nur mit Mühe vom Kissen in die Höhe gehoben werden. Patellarreflex fehlte beiderseits. Die Sensibilität war ungestört. Die Muskulatur der Beine reagirte auf den faradischen Strom normal, auf den galvanischen träge. Nach einigen Wochen war entschiedene Besserung eingetreten und der Kranke entzog sich der weiteren Behandlung. Die Ansicht von Gowers, wonach in derartigen Fällen die Lähmungen auf eine komplicirende Diphtherie zurückzuführen seien, ist nach R. für diesen Fall nicht zutreffend, da eine solche Komplikation nicht übersehen worden wäre und auch keine Accommodationslähmung eintrat.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

20. **Friedr. Betz.** Zur Kasuistik der traumatischen Epilepsien.

(Memorabilien 1889. Juli 4.)

Bei einem an Herzhypertrophie und Nierenaffektion leidenden Manne, der in den letzten Jahren häufig über Schwindel und Eingenommenheit des Kopfes, öfters über Doppelsehen und Flimmern klagte, traten plötzlich eines Morgens Erbrechen Bewusstlosigkeit und klonische Krämpfe auf. Die letzteren befielen zuerst die rechte Körperhälfte und wurden dann allgemein. Nach 36 Anfällen in 48 Stunden verschied Pat.

Die Sektion ergab starke Abplattung der Gyri des linken Vorderhirns und einen etwa kleinapfelgroßen Erweichungsherd in dem letzteren. Der Herd enthielt einen Blutklumpen von der Größe einer Zwetsche. Vor 24 Jahren hatte Pat. einen Schlag mit einem Peitschenstiel auf die linke Stirn erhalten, wodurch die Erweichung zu Stande kam. Die Herzhypertrophie führte in dem Locus minoris resistentiae zu der letalen Gefäßruptur. **J. Ruhemann** (Berlin).

21. **H. Rieder.** Aneurysma aortae (mit Usur des Sternum und linksseitiger Recurrenslähmung).

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Ein 58jähriger Mann erlitt vor 3 Jahren einen Schlag auf die Brust, bekam dann Brustschmerzen und Athembeklemmungen, die stetig zunahmen. Dann trat oberhalb des Sternum eine kaum haselnussgroße Geschwulst auf, die größer wurde; es stellte sich Herzklopfen und ein klopfendes Gefühl im Hals und in den beiden Ober- und Unterextremitäten ein. Bei der Untersuchung fand sich an der vorderen oberen Thoraxwand in der Mittellinie ein prallgespannter, faustgroßer komprimirbarer Tumor, der den unteren Theil der mittleren Halsregion, das Manubrium sterni und den oberen Theil des offenbar usurirten Sternum umfasst. Daselbst sieht und fühlt man eine deutliche vertikale und transversale Pulsation und man hört über diesem Tumor einen deutlichen Doppelton. An der Herzspitze hört man ein lautes systolisches Geräusch, über der Aorta ein schwächeres; der zweite Ton ist deutlich klappend. Bei der laryngoskopischen Untersuchung entdeckt man eine Lähmung des linken Stimmbandes. Diagnostisch wichtig ist hier die transversale Pulsation des Tumors, die starke Prominenz desselben und seine starke Schalldämpfung. Interessant ist die Beobachtung, dass bei der Phonation an

Stelle des gelähmten linken Stimmbandes das linke Taschenband vikariirend eintritt, das eine nahezu normale Stimmbildung bei dem Pat. ermöglichte.

Goldschmidt (Nürnberg).

22. Kovács. Ein Fall von Arseniklähmung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 33.)

Ein ungefähr 40jähriger Mann nimmt ca. 10 g weißen Arsenik. Nach $1^1/_2$ Stunden Collaps, Erbrechen grünlicher Massen, reichliche Durchfälle. Es entwickelt sich eine mäßig schwere Gastroenteritis. Eine Woche später geringes Ödem der unteren Extremitäten und zeitweiliges Kältegefühl in den Beinen. Nach 14 Tagen blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten, so wie das Gefühl von Pelzigsein in den Fußsohlen. Zugleich wurde der Gang unsicher. Kurz vor der Aufnahme in Bamberger's Klinik trat auch Kriebeln in den Händen, besonders den Fingerspitzen auf.

Status bei der Aufnahme: innere Organe normal. Harn ohne Albumen. An den oberen Extremitäten ist die Temperatur etwas herabgesetzt. Brennende Schmerzen und das Gefühl von Taubsein und Kriebeln. Tastsinn links etwas herabgesetzt. rechts normal. Temperatursinn für gröbere Unterschiede erhalten. Bewegung in allen Gelenken normal. Bei geschlossenen Augen können die Kuppen der Zeigefinger nur schwer an einander gebracht werden. An den unteren Extremitäten äußerlich nichts Auffälliges bemerkbar. Muskelkraft beiderseits herabgesetzt. Beide Füße und Unterschenkel sind anästhetisch und analgetisch. Fußsohlenreflex fehlt, eben so beiderseits der Patellarreflex, Cremasterreflex schwach, Bauchdeckenreflex normal. Elektrisches Verhalten der Muskulatur normal. Therapie: lauwarme Bäder; Anwendung des galvanischen und faradischen Stromes.

Im weiteren Lauf der Erkrankung erfuhren die vorerwähnten Symptome sämmtlich noch eine Steigerung, die Schmerzen wurden bedeutend heftiger; an beiden Händen traten athetoseartige Bewegungen, in den Muskeln der Vorderarme fibrilläre Zuckungen auf. Die Muskulatur sämmtlicher Extremitäten sehr schlaff. Deutliche Ataxie. Grobe Kraft bedeutend herabgesetzt. Gehen nur mit kräftiger Unterstützung möglich. Sensibilitätsstörungen sehr erheblich. Therapie: Strychnin. nitr. 0,001 pro die.

Nach ca. 4 Wochen beginnt die Besserung, die nur sehr langsame Fortschritte macht und erst 3 Monate nach Beginn der Erkrankung die Entlassung des Pat. gestattet. 2 Monate später musste Pat. wiederum die Klinik aufsuchen, da wieder Schmerzen und Parästhesien in den unteren Extremitäten auftraten. Dieselbe Therapie wurde eingeschlagen und es vergingen wiederum 8 Wochen bis zur abermaligen Heilung.

Was die anatomische Lokalisation des Processes anlangt, so nimmt Verf. eine toxische multiple Neuritis an.

M. Cohn (Berlin).

23. Rydygier u. Jaworski. Ein Fall von Gastroenterostomie nebst Untersuchungen über das Verhalten der Magendarmfunktion nach erfolgter Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 14.)

In einem Falle von carcinomatöser Pylorusstriktur wurde die Vornahme der Resektion derselben beschlossen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Tumor sich bis auf die kleine Curvatur erstreckend und mit dem unteren Leberrande verwachsen. Außerdem allgemeine Carcinose. Daher wurde die Resektion aufgegeben und die Gastroenterostomie gemacht. Nach 4 Wochen reaktionslose Heilung. Von J. wurden nun über das Verhalten der Magenfunktionen genaue Untersuchungen angestellt, deren Détails im Original zu vergleichen sind. Das relativ günstige Befinden des Kranken beruht lediglich auf einer Besserung der mechanischen Thätigkeit des Magens, welche sich bis zu einem gewissen Grade der Norm näherte, während der Chemismus gleich schlecht blieb. Es trat in diesem Falle Übertritt von Galle in den Magen ein, was frühere Beobachter für ein störendes Moment hielten. Die Verff. sind dagegen der Ansicht, dass die Galle hierbei ge-

rade eine salutäre Rolle spielt, da sie den Übergang des Mageninhaltes in Fäulnis hindert und außerdem durch Beimischung des Pankreassaftes die Verdauung befördert. (Die fäulniswidrige Wirkung kommt, wie Kossel neuerdings betont und Ref. durch seine Untersuchungen über Darmsaft bestätigen kann, nur saurer Galle zu, alkalische oder neutrale Galle wirkt nicht nur nicht fäulniswidrig, sondern fault selbst.) Verff. plaidiren in derartigen Fällen für die Vornahme der Gastroenterostomie wegen der im Vergleich zur Resectio pylori weit geringeren Gefahren.

I. Boas (Berlin).

24. **Immanuel Munk.** Über den Nährwerth und die Verwendbarkeit der Peptonpräparate.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 7.)

M. giebt einen Überblick über den Werth der im Handel vorkommenden Peptonpräparate. Neben Kemmerich'schen verdient eigentlich nur das neuerdings von Antweiler hergestellte Präparat eine besondere Beachtung als Nährmittel. Antweiler kocht fein zerkleinertes Fleisch aus und peptonisirt die coagulirten Rückstände mit dem eingedickten Saft von Carica papaya. Ein solches Präparat enthält nach J. König 6% Wasser und 84% organ. Substanz mit 13,79 N. Darunter noch 18% Eiweiß und 64% Albumosen und Peptone (davon nach M. Albumosen 10mal so viel als Pepton, 1,4% Extraktiv-N., 9,6% Salze, darunter 5,9% Kochsalz und 0,6% phosphorsaures Kali.

Das Präparat wird gut vertragen, Ausnutzungsversuche am Hund so wie auch am Menschen lehrten, dass das Peptonpräparat fast denselben Werth wie Eiereiweiß besitzt. Indicirt ist die Anwendung von Peptonen nach M. da, wo kräftig ernährt werden muss und eine genügende HCl-Sekretion fehlt (Dyspepsie, Magenerweiterung, Magenkrebs, vielleicht auch Magengeschwür). Von den akuten fieberhaften Krankheiten kommen in Betracht der Abdominaltyphus in seinem akuten Stadium und der Rekonvalescenzperiode, dessgleichea bei Ruhr und bei der Perityphlitis. Bei Erbrechen treten an Stelle der internen Darreichung Pepton-, Eiweißklystiere, eventuell auch die Leube'schen Fleischpankreasklystiere.

I. Boas (Berlin).

25. **Poulet.** Nitras Argenti gegen Purpura haemorrhagica.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 34. p. 541.)

Im Bull. génér. de thérap. 1889 theilt P. mit, dass bei der Form der Purpura haemorrhagica, welche wir als die kachektische oder asthenische bezeichnen, dem Argentum nitricum eine Art specifischer Wirkung zukomme. In Fällen, in denen Ergotin, Mineralsäuren, Tamponade etc. wirkungslos waren, verschwand die Neigung zu Blutungen sehr bald nach Anwendung von Höllenstein, von welchem er 2mal täglich eine Pille in der Dosis von je 0,01 g nach der Mahlzeit nehmen lässt. P. glaubt, dass das Argentum nitricum auf die Vasomotoren der Kapillaren direkt einwirke.

Prior (Köln).

26. **Philippi** (Felsberg). Zur Behandlung der akuten Pneumonie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Bei einem schweren Falle von krupöser Pneumonie eines 60jährigen Alkoholikers, der am 5. Krankheitstag einen schweren Collaps erlitt, versuchte Verf. als Ultimum refugium Inhalationen von Chloroform und Spiritus aa, worauf sofort Besserung eintrat; das Gesicht röthete sich, die Cyanose verschwand, der Puls wurde kräftiger, kurz der Collaps war völlig gehoben. Damit hatte die hoffnungslos scheinende Krankheit eine günstige Wendung genommen und Pat. erholte sich wieder vollständig. Verf. glaubt, dass diese Chloroforminhalationen ein willkommenes Hilfsmittel bei der Behandlung der Pneumonie sein werden und empfiehlt sie den Kollegen zu weiteren Versuchen.

Goldschmidt (Nürnberg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,

Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,

Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 3. **Sonnabend, den 18. Januar.** **1890.**

Inhalt: **O. Seifert,** Über Cutis laxa. (Original-Mittheilung.)

1. **Edinger,** Fortsetzung der hinteren Rückenmarkswurzeln zum Gehirn. — 2. **Kast,** Antiseptische Leistung des Magensaftes. — 3. **Gerhardt,** Rheumatoiderkrankung. — 4. **Röhmann** und **Malachowski,** Jodismus. — 5. **Hallopeau,** Alopecie. — 6. **Gihon,** Seeklima.

7. **Heim,** Nachweis von Typhusbacillen. — 8. **Gold,** Heilung des Rotzes durch Quecksilberinunktionskur. — 9. **Posner,** Intrapericardiale Zerreißung der Aorta. — 10. **Millot-Carpentier,** 11. **Szegö,** Angeborene Herzanomalien. — 12. **Brunet,** Fluorwasserstoffsäure bei Phthise. — 13. **Metzner,** Angina mit tödlichem Ausgang. — 14. **Heddaeus,** Dysphagie durch Anschwellung der Bronchialdrüsen und Gallensteinkolik. — 15. **Berkhan,** Speiseröhrendivertikel. — 16. **Buchmüller,** Ulcus ventriculi et duodeni. — 17. **Tschlenoff,** Darmsaftgewinnung. — 18. **Kollmann,** Ileusbehandlung. — 19. **Cnopf,** Pericarditis im Kindesalter. — 20. **Späth,** Vulvovaginitis der Kinder. — 21. **Schilling,** Keuchhustenbehandlung. — 22. **Charcot,** Crises gastriques. — 23. **Bennett** und **Savill,** Gehirnlokalisation. — 24. **Dutil,** Paralysis agitans. — 25. **Jürgensmeyer,** Submuköse Laryngitis. — 26. **Malfilatre** und **Lemoine,** Hyoscin.

Über Cutis laxa.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. Otto Seifert,

Privatdocent in Würzburg.

Am 3. December 1889 wurde auf die Abtheilung für Hautkranke im Juliusspitale ein junger Mann, Spamer Peter aus Schwabruck, 19 Jahre alt, aufgenommen, der eine abnorme Faltbarkeit und Dehnbarkeit der Haut des ganzen Körpers aufwies. Die eigenthümlich trocken aussehende und matsch sich anfühlende Haut konnte weit gedehnt oder gefaltet werden und nahm nach Aufhören des dehnenden Zuges sofort wieder ihre frühere Lage ein.

Es gab dieser Fall Veranlassung zu gemeinschaftlichen Untersuchungen mit Herrn Dr. Du Mesnil, meinem derzeitigen Assistenten,

über die Ursache dieser eigenthümlichen Störung. Wenn auch bei einem gleichen früher in verschiedenen Kliniken demonstrirten Fall Hautstücke behufs mikroskopischer Untersuchung excidirt wurden[1], so sind doch über das Resultat derselben Mittheilungen bisher nicht erschienen. Ob es Kopp gelungen ist, von diesem Pat. Hautstückchen zu entnehmen und eigene histologische Untersuchungen anzustellen, ist uns nicht bekannt geworden, so dass es bei dem Dunkel, das noch über der Frage nach der Art dieser Störung herrscht, geboten schien, histologische Untersuchungen anzustellen. Kopp weist darauf hin, dass diese eigenthümliche Erscheinung der Cutis laxa vielleicht auf einem durch Übung gesteigerten Gehalt des Hautgewebes an elastischen Fasern beruhen möge, oder dass sie durch einen kongenitalen Defekt der normalerweise die Cutis mit den unterliegenden Geweben, Fascien und Periost verbindenden, an gewissen Prädilektionsstellen besonders ausgebildeten Bindegewebsstränge verursacht sei.

Wir entnahmen mit Einwilligung des Pat. ein Stück Haut aus der vorderen Brustfläche in der Höhe der zweiten linken Rippe. Die mikroskopische Untersuchung der theils in Alkohol, theils in Müller'scher Flüssigkeit, theils in Salpetersäure, theils in Chromosmiumessigsäure fixirten und gehärteten Hautstückchen ergab das vollständig normale Verhalten der elastischen Fasern. Dagegen fand sich eine Umwandlung des derben Cutisgewebes in ein durchaus gleichartiges, nicht geformtes myxomatöses Gewebe mit totalem Schwund der Fibrillenbündel. Da hierdurch das Hindernis, welches die fibrösen Bindegewebsbalken der Cutis normalerweise der Dehnbarkeit der elastischen Fasern entgegensetzen, fast vollständig beseitigt ist, so wird einer solchen Haut die Eigenschaft einer durchaus elastischen Membran verliehen.

Herr Dr. Du Mesnil, der diese histologischen Untersuchungen mit größter Sorgfalt vornahm, wird über diese und über den Fall selbst an anderer Stelle ausführlich berichten.

---

1. **Edinger.** Über die Fortsetzung der hinteren Rückenmarkswurzeln zum Gehirn.

(Anatomischer Anzeiger 1889. No. 4.)

In einer früheren Arbeit (»Über die Verbindung der sensiblen Nerven mit dem Zwischenhirn« Anat. Anz. 1887 No. 6) hatte E. auf Grund der von ihm eingeführten vergleichend-entwicklungsgeschichtlichen Methode, welche in einer Kombination des Studiums der Markscheidenentwicklung mit dem Studium des Centralnervensystems niederer Wirbelthiere besteht, den Nachweis geliefert, dass die Kerne der sensorischen Hirnnerven bei sämmtlichen Wirbelthieren ganz in derselben Weise wie die Kerne der Hinterstränge durch Bogenfasern mit höher gelegenen Centren der gekreuzten Seite verbunden sind

[1] Kopp, Münchener med. Wochenschrift 1888. No. 15.

und dass diese »central-sensorische Bahn« identisch ist mit einem Theil der Schleife. Die überwiegende Mehrzahl der Schleifenfasern endigt im Mittelhirndach (Vierhügel).

Die vorliegende Arbeit überrascht uns mit der Erfüllung des von der Physiologie und Pathologie schon so lange gestellten Postulats eines theilweise gekreuzten Verlaufs der hinteren Wurzeln im Rückenmark. Sehen wir von der Bahn: hintere Wurzel-Clarke'sche Säule-Kleinhirnseitenstrangbahn ab, so kannten wir bisher nur den Theil der Fortsetzung hinterer Wurzelfasern, welcher im gleichseitigen Hinterstrang nach aufwärts läuft und, nach Unterbrechung durch den gleichseitigen Hinterstrangskern in der Schleifenkreuzung — wie uns ebenfalls E. lehrte —, in die kontralaterale Schleife gelangt. Man wusste wohl, dass der laterale Theil der hinteren Wurzel in der grauen Substanz des Hinterhornes ein vorläufiges Ende findet, nicht aber, was weiter aus ihm wird. Es ist ein weiterer Triumph, der vergleichend-entwicklungsgeschichtlichen Methode, dass sie den centralen Verlauf dieser Fasern enthüllte. Aus dem Hinterhorn des Rückenmarks — so beschreibt es E. und bildet er es ab — entwickeln sich massenhaft Faserbündel, welche durch die graue Substanz ventralwärts ziehen und sich theils vor theils hinter dem Centralkanal mit denen der anderen Seite kreuzen. Aus der Kreuzung gelangen sie in die Vorderseitenstränge, in denen sie, vermischt mit Fasern anderer Bestimmung, hirnwärts ziehen, um sich der Schleife zuzugesellen.

Der Verlauf der centralen Fortsetzung der sensorischen Bahn im Rückenmark ist also wesentlich derselbe wie bei den sensorischen Hirnnerven: peripherischer Endapparat, Nerv, Zelle des Spinalganglion, Wurzel, Auflösung derselben in einen zweiten Nerv, Kreuzung, Aufsteigen zur Schleife.

Beim Menschen, auch beim neugebornen, lässt sich die neuentdeckte Bahn nur bruchstückweise nachweisen, da sie von hinten nach vorn aufsteigend verläuft und das außerordentlich verschlungene Fasergewirr in der grauen Substanz die Verfolgung einzelner Fasergänge in hohem Grade erschwert.

Die Brown-Séquard'sche gekreuzte Sensibilitätslähmung bei Halbdurchschneidung des Rückenmarks, die Anästhesie der gekreuzten Körperhälfte bei Halbseitenläsion des Rückenmarks unterhalb der Läsion, die intensive Betheiligung der Sensibilität gerade bei Affektionen der grauen Substanz (centrale Myelitis und Syringomyelie) finden nunmehr ihre befriedigende anatomische Grundlage.

Tuczek (Marburg).

---

2. **A. Kast.** Über die quantitative Bemessung der antiseptischen Leistung des Magensaftes.

(Festschrift zur Eröffnung des Neuen allg. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf.)

Auf der bekannten Thatsache fußend, dass die Salzsäure des Magens fäulniswidrig wirkt, geht Verf. einen Schritt weiter und

sucht das Maß der antiseptischen Leistung des Magensaftes festzustellen. Er knüpft seine Untersuchungen an die Fäulnisbakterien des Darmes an, weil diese gegenüber anderen Spaltpilzen ihre Wirksamkeit äußern in messbaren Produkten, welche als aromatische Fäulnisprodukte im Harn erscheinen und zwar ist diese Äußerung so prompt, dass nach Baumann wenigstens beim gesunden Menschen die Menge der an Schwefelsäure gebundenen, gesammten aromatischen gepaarten Verbindungen direkt proportional der Menge der Fäulniserreger ist. K. bestimmte nun zuerst bei möglichst gleich bleibender Kost bei mehreren Menschen das Verhältnis der Ätherschwefelsäuren zur Sulfatschwefelsäure im Harn; darauf führte er reichlich Alkali bis zur neutralen resp. alkalischen Reaktion des Harns zu (30 g Calciumcarbonat oder ca. 12 g Natriumbicarb. p. die) und stellte den Einfluss der Neutralisation des Magensaftes auf die Ausscheidung der relativen und absoluten Menge der Ätherschwefelsäuren fest. Die beigegebenen Tabellen und Kurven lassen unzweideutig erkennen, dass einer längeren Ausschaltung der freien Salzsäure des Magensaftes eine — oft sehr erhebliche — Steigerung der Darmfäulnis, die meist mehrere Tage währt, folgt; von Schwankungen natürlich abgesehen, die auf Rechnung der wechselnden Resorptionsintensität des Darmes zu setzen sind. Die Ansicht Bunge's, dass die Salzsäure des Magensaftes mehr antiseptischen als Verdauungszwecken diene, erhält dadurch eine weitere Stütze. So wirksam sich nun auch die Salzsäure gegenüber den Fäulnisbakterien erweist, so verkennt Verf. doch nicht, dass bei den Spaltpilzen, die durch ihren Übergang in die Dauerformen, z. B. Milzbrand, Tuberkelbacillen, resistenter werden, die Verhältnisse oft wesentlich anders liegen. Dass aber auch Spaltpilze der Einwirkung der Salzsäure unterliegen, zeigen die Choleraübertragungen Koch's und die Versuche über Fütterungstuberkulose Wesener's. In einer Schlussbetrachtung spricht Verf. die Hoffnung aus, dass es gelingen wird, wie für die Fäulnisbakterien in den aromatischen Körpern des Harns, so für die pathogenen Spaltpilze ein Maß für deren Thätigkeit in den Diaminen, ihren Stoffwechselprodukten, zu finden; als einen Fingerzeig nach dieser Richtung hin sieht er Baumann's und v. Udransky's quantitativen Nachweis des aus dem Darm stammenden Pentamethylen-Diamins (Putrescin Brieger's) im Harn an. **Roenick** (Berlin).

---

3. **Gerhardt.** Beitrag zur Geschichte der Rheumatoiderkrankung.

(Charité-Annalen 1889. p. 241—246.)

Verf. giebt eine Übersicht der in den letzten $3^1/_2$ Jahren in der 2. med. Klinik zur Beobachtung gekommenen Rheumatismusfälle, betreffend 227 Fälle von gewöhnlichem akuten Gelenkrheumatismus, 18 Tripperrheumatismen, 23 Scharlachrheumatismen, schließlich je eine Erkrankung nach Dysenterie und Diphtherie. Diese Unter-

suchungen bestätigen meist frühere Angaben. Der akute Gelenkrheumatismus beginnt am häufigsten, hier in $^2/_3$ der Fälle, an der unteren Extremität, in $^1/_3$ der Fälle am Fußgelenk. Auch bei gewöhnlichem Gelenkrheumatismus liefern Salicylsäure und Antipyrin nur in nicht ganz $^2/_3$ der Fälle vollen Erfolg, in $^1/_6$ unvollkommenen, in $^1/_6$ etwa versagen diese Mittel. Wo eines dieser Mittel versagt, kann das andere wirksam sein. Scharlachrheumatismus befiel über $^1/_4$ der Kranken, war meist sehr leichten Verlaufs, betraf vorwiegend die Handgelenke. Salicylsaures Natrium wirkte prompt.

Von den Tripperrheumatismen betrafen 5 Mädchen im Alter von 18—27 Jahren, 13 Männer von 16—43 Jahren; das Kniegelenk war am häufigsten zuerst befallen. Zu den Tripperrheumatismen ist auch der folgende näher beschriebene Fall zu rechnen: Ein 23jähriger mit Schneeschaufeln beschäftigter Mann erkrankt plötzlich unter Schmerzen in der rechten Schulter. Danach Kopfschmerz, Fiebergefühl, Schweiß. Bald Schmerzen im rechten Knie- und linken Fußgelenk. Bei der Aufnahme diese 3 Gelenke geschwollen, die Haut darüber leicht geröthet; an der Herzspitze zeitweises systolisches Blasen, an der Harnröhrenmündung kein Zeichen von Entzündung oder Absonderung. Leichtes Fieber. Guter Erfolg von Natr. salicylicum. 1 Woche nach dem Eintritt unter Frost und Hitze und Kreuzschmerzen schmerzhafte Anschwellung des rechten Samenstranges und Nebenhodens. 4tägiges Fieber. Dann Abschwellung und von da ab Fieberlosigkeit. Nach öfterem vergeblichen Suchen wurden dann auch in einem frisch entleertem Harn entnommenen Tripperfaden zahlreiche Gonokokken nachgewiesen. Etwa 10 Tage später trat reichlicher eitriger Ausfluss aus der Harnröhre auf.

In der Erörterung, ob dieser Pat. an gewöhnlichem oder an Tripperrheumatismus litt, stellt Verf. die folgenden gewöhnlichen Kennzeichen des letzteren auf: vorwiegendes Befallenwerden und starke Schwellung der Kniegelenke, große Hartnäckigkeit der Gelenkerkrankungen; Freibleiben des Herzens, fehlendes oder niedriges Fieber, Unwirksamkeit von Salicylsäure und Antipyrin. Obgleich nun ein zwingender Nachweis eines Zusammenhanges in diesem Falle nicht beizubringen war, so glaubt G. doch, dass die bisherige Schilderung nicht für alle Fälle zutreffe, vielmehr jedes der erwähnten Kennzeichen im Einzelfalle fehlen könne.

Er stellt folgende 4 Typen des Tripperrheumatismus auf:

1) Doppelseitige Kniegelenkswassersucht, eine nahezu fieberlose, mit reichlicher Flüssigkeitsausscheidung einhergehende Form, die sehr selten, wenn je, Herzerkrankung bringt, aber auch den Fiebermitteln nicht weicht.

2) Subakute hartnäckige Entzündung vieler Gelenke. Der Anfang ist häufig akut mit Schweißen, verbreiteten Gliederschmerzen, unregelmäßigem Fieber, später hört das Fieber auf oder kommt nur in einzelnen Nachschüben. Viele Gelenke werden befallen, meist mittlere, nicht selten auch sonst mehr verschont bleibende, wie die

der Schlüsselbeine, Symphyse, Wirbelsäule. Monate- selbst jahrelanger Verlauf führt zu starken Verdickungen der Gelenke, zu Abmagerung der Muskeln. Manchmal führt die Sprengung eine Striktur, die Ätzung des hinteren Theiles der Harnröhre zu rascher Heilung.

3) Monartikuläre oder auf wenige Gelenke ausgedehnte Formen, die oft in Eiterung übergehen.

4) Formen, die in ihrer ganzen Gestaltung, in ihrem Verlauf, oft auch in ihrer Heilbarkeit völlig dem gewöhnlichen akuten Gelenkrheumatismus gleichen. Zur Sicherung der Diagnose müssen in diesen Fällen Gonokokken in Gelenkflüssigkeit nachgewiesen werden.

M. Cohn (Berlin).

---

4. **Röhmann** und **Malachowski.** Über Entstehung und Therapie des akuten Jodismus.

(Therapeutische Monatsschrift 1889. Juli.)

Unter den bisher bekannt gewordenen Hypothesen über die Entstehung des akuten Jodismus nach dem Gebrauch von Jod oder Jodsalzen verdient die Nitrithypothese besondere Achtung. Sie beruht auf der Thatsache, dass die (im Organismus vorhandenen) Nitrite im Stande sind, Jod aus Jodkali frei zu machen. Die Nitrite entstehen im Körper aus der Reduktion der Nitrate (im Speichel, Schweiß etc. besonders nach Einnehmen von Nitraten leicht nachweisbar). Die Abspaltung des Jod durch die Nitrite geschieht nie in alkalischer Lösung, sondern stets in saurer; im Organismus ist die Kohlensäure die Vermittlerin. Diese Hypothese hat bereits therapeutisch eine erfolgreiche Verwendung gefunden. Zwar hat sich die Eingabe von pflanzensauren Alkalien, die sich im Körper in kohlensaure Alkalien verwandeln und das durch die Nitrite freigewordene Jod als solche binden sollen, gegen den Jodismus nicht bewährt, da im Blute nur doppeltkohlensaure Alkalien kreisen und diese, wie das Experiment zeigt, freies Jod nicht wie die einfach kohlensauren Alkalien zu binden im Stande sind. Dagegen ist durch die Bindung der Nitrite mittels Sulfanilsäure (4—6 g), wodurch Diazobenzoesulfosäure sich bildet, der Jodismus günstig beeinflusst worden (Ehrlich). Aber auch durch die Verhinderung der zur Abspaltung des Jods durch die Nitrite so nöthigen sauren Reaktion vermittels der Eingabe von Alkalien, z. B. Natr. bicarbon. 10—12 g in 2 Dosen p. die wird der Jodismus auf erfolgreiche und zugleich minder kostspielige Weise bekämpft.

Die Verff. geben aber selbst noch eine weitere Hypothese zur Erklärung des Jodismus. Die in den Sekreten der Schleimhäute, besonders im Mundspeichel vorhandenen stark reducirenden Substanzen, welche fast momentan aus den in den Mund eingeführten Nitraten Nitrite bilden ohne Vermittelung der Speicheldrüsen, lassen erfahrungsgemäß als Folgeerscheinung der Reduktion auch auf starke Oxydationswirkung schließen. Eine derartige sekundäre Oxydation

führt zur Spaltung des Jodkali und zur Entstehung des Jodismus. Diese Hypothese verlangt nicht die stete Anwesenheit von Nitraten im Körper; sie erklärt auch, warum der Jodismus nur (?) auf den Respirationsschleimhäuten seine Symptome äußert, da hier der zur Oxydation ausreichende Sauerstoff vorhanden ist. Auch auf Grund dieser Hypothese empfiehlt sich zur Bindung des freien Jod die Darreichung von Natr. bicarbon.

Die bekanntlich eintretende Gewöhnung an das Jod erklären die Verff. durch die allmählich veränderte vitale Energie der Zellen (Flügge), welche im Kampf gegen das Jod widerstandsfähiger werden und zur Immunität führen. **Rosin** (Breslau).

---

5. **Hallopeau.** De la nature de la pelade et des antiseptiques propres à son traitement.

(Union méd. 1889. No. 108.)

Der Verf. wendet sich gegen die Ansicht, dass die Alopecie eine auf trophoneurotischer Basis beruhende Erkrankung sei. Ihre klinischen Erscheinungen, so wie ihr Vorkommen sprechen dafür, dass sie parasitärer Natur ist. Demgemäß muss auch ihre Behandlung eine antiparasitäre sein; — übrigens empfehlen auch manche Anhänger der trophoneurotischen Theorie die Anwendung der Desinficientien bei der Alopecie (Kaposi), indem sie denselben excitirenden Effekt zuschreiben. Nicht nur die erkrankten Theile des Kopfes, sondern die gesammte behaarte Kopfhaut ist energisch mit dem Antisepticum in Berührung zu bringen, was beim weiblichen Geschlecht mitunter mit Schwierigkeiten verbunden ist. Prophylaktisch ist anzurathen, Desinfektion von Kamm und Bürste nach jedem Gebrauch, Tragen einer täglich zu wechselnden Nachtmütze in der Nacht, um Ansteckung seitens der Kopfkissen zu verhüten, Reinigung der am Tage benutzten Kopfbedeckungen. Entweder geschieht dies durch heißen Dampf oder durch Waschungen mit Aq. carbol., Spirit. camphor., Sublimat. Die örtliche Behandlung wird in der Klinik von H. mit gutem Erfolg mit einer alkoholischen Lösung von Terpentin und Kampher, zu welcher auf 1000 Theile 1 Theil Sublimat hinzugefügt wird, ausgeführt. Hiermit werden besonders die noch nicht erkrankten Partien des Kopfes gewaschen, die erkrankten nur dann, wenn sie zu sehr ausgedehnt sind, um der Behandlung nach Vidal unterworfen zu werden. Dieselbe besteht in der Applikation von Vesikantien, die mit Tinct. cantharid. unter dem Namen Vésicatoire liquide de Bidet hergestellt werden. Sie werden erneuert, sobald sich die Epidermis wiedergebildet hat. Unter dieser Therapie muss nach Verlauf von drei bis vier Monaten die Alopecie heilen (?); keineswegs ist sie, wie Lesser meint, nach Ansicht des Verf. unheilbar. **G. Meyer** (Berlin).

---

6. **Alb. L. Gihon.** Die therapeutische Bedeutung des Seeklimas.

(Medical News 1889. No. 5.)

Anschließend an eine Statistik der Marine der Vereinigten Staaten, die trotz all der Schädlichkeiten, denen die Marinesoldaten ausgesetzt sind, doch eine äußerst günstige in Bezug auf Erkrankungen der Athemwerkzeuge genannt werden muss, bespricht Verf. den Einfluss des Seeklimas, den er auf folgende Momente zurückführt: fast absolute Abwesenheit aller schädlichen Beimengungen; eine nur in ganz minimalen Grenzen schwankende Temperatur und größte Gleichmäßigkeit im Feuchtigkeitsgrade.

Am besten findet man diese Vorzüge bei einer weiten Seefahrt auf einer Privat-Segeljacht. Doch Wenige sind so begütert, sich diesen Luxus zu erlauben; für Solche sind auch die großen, gut eingerichteten weitfahrenden Segelschiffe zu empfehlen. Außer den genannten günstigen Momenten des Seeklimas kommen hier als nicht zu unterschätzend hinzu: Ruhe für Geist und Körper und Abwesenheit all der ungünstigen psychischen Einflüsse, die den Kranken auf dem Lande selbst bis ins Krankenzimmer verfolgen.

All die günstigen klimatischen und socieren Momente einer langen Seereise bieten auch weit vom Festlande entfernte Inseln; als Ideal einer solchen stellt Verf. Orotava auf Tenerifa auf. Hier fällt die Temperatur nie unter 50° F. (10° C.) und steigt nie über 82° F. (27,5° C.) und diese Extreme zeigt das Thermometer nur, wenn in Philadelphia die Temperatur zwischen 0° und 108° F. (—17,5 und 41,5° C.) schwankt. Seine mittlere Jahrestemperatur für eine Reihe von Jahren berechnet, ist: Orotava 68,5° F. (20,5° C.), Madeira 66° F. (19° C.), Rom 61 (16° C.), Nizza 60 (15,5° C.), Pau 56 (14° C.), Paris 51 (10,5° C.).

Die Monatsmittel sind: Januar 62,2 (16,5° C.), Februar 62,1, März 64,2, April 64,6, Mai 69,4, Juni 73,8, Juli 76,5 (25° C.), August 73,2, September 71,8, Oktober 69,3, November 68,4, December 68,7 (20,5° C.), demnach nur 14,4° F. Differenz zwischen dem heißesten und kältesten Monat.

In der Zeit von November bis März, welche ja besonders für Kranke in Betracht kommt, ist die mittlere Temperatur 64° F. (17,8° C.), in Madeira 61 (16° C.), Nizza und Rom 50° F. (10° C.). Selten ist die mittlere Temperatur eines Tages von der des vorhergehenden um mehr als 1° F verschieden. Die Tagesdifferenz schwankt zwischen 6 und 9° F. (3½° und 5° C.), während in Madeira 12° F. (6,5° C.) Regel ist.

So wie die Temperatur, so schwankt auch der Luftdruck und die Luftfeuchtigkeit in minimalsten Grenzen. 45 Tage, an denen meist nur feiner Regen niederfällt, vertheilen sich über das ganze Jahr, so dass der Kranke den ganzen Winter von Morgens bis Abends entweder im Freien oder mit offenen Thüren und Fenstern die absolut staubfreie Luft athmen kann. **Frey** (Baden-Baden).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

7. **L. Heim.** Nachweis von Typhusbakterien.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 24.)

Bei der Schwierigkeit des Nachweises von Typhusbacillen und deren Differenzirung von anderen ähnlichen Bakterienarten verdient die Mittheilung des Verf. Beachtung, in welcher er auf die Punkte aufmerksam macht, deren Berücksichtigung zur Diagnose auf Typhusbacillen nothwendig ist, nämlich:

1) die Untersuchung der Kultur im hängenden Tropfen,
2) das Wachsthum in Bouillon,
3) dasjenige in Gelatinestich- und Strichkulturen,
4) Wachsthum auf Gelatineplatten,
5) Verhalten der Kartoffelkulturen,
6) die langsame Färbung mit gewöhnlichen Anilinfarbstofflösungen,
7) das Versagen der Gram'schen Färbung,
8) die leichte Färbung mit der Ziel-Neelsen'schen Karbolfuchsinlösung.

Will man nun eine auf Typhus verdächtige Kultur auf ihre Identität mit einer solchen von Typhusbakterien untersuchen, so verschafft man sich zunächst eine solche, deren Sicherheit außer Zweifel steht und vergleicht nunmehr diese beiden mit Rücksicht auf die angeführten 8 Punkte; hat sich dann eine völlige Übereinstimmung mit der richtigen Typhusbakterienkultur ergeben, so kann man die untersuchte ebenfalls als eine solche bezeichnen.

Goldschmidt (Nürnberg).

8. **Gold.** Ein Fall von Heilung des Rotzes mittels merkurieller Behandlung (Inunktionskur) nebst einigen praktischen Bemerkungen über den Rotz und dessen Prophylaxe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 30.)

In einem Falle von Rotz, in welchem die Diagnose durch bakteriologische Untersuchung, wie auch experimentell bestätigt worden war, wurde neben der örtlichen Behandlung der Eiterherde eine kräftige Inunktionskur eingeleitet (2mal täglich 2 g Unguent. cinereum fort.), die nach 68 Einreibungen zu völliger Heilung führte. Veranlasst wurde Verf. zu diesem Verfahren durch die zwischen Rotz und Lues bestehende gewisse Analogie (?), so wie durch die antiparasitäre Wirkung der merkuriellen Präparate. Jedenfalls ist es bemerkenswerth, dass dieser Fall der einzige mit günstigem Ausgang war unter 25, die Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte. Er knüpft hieran die Aufzählung einer Anzahl anderer Fälle, welche die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der Rotzerkrankung darthun, und giebt Rathschläge für die Prophylaxe der Krankheit, welche die russische Regierung, an deren Adresse sie gerichtet sind, hoffentlich befolgen wird.

Markwald (Gießen).

9. **Posner.** Ein Fall von intrapericardialer Zerreißung der Aorta.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 25.)

P. berichtet über plötzlichen Exitus bei einem 42jährigen Herrn, der niemals Symptome einer Erkrankung des Herzens gezeigt hatte. Die Sektion ergab als Todesursache eine mit kolossalem Bluterguss in das Pericardium einhergehende Zerreißung des Anfangstheiles der Aorta, die im Grunde eines 5pfennigstückgroßen Geschwürs eingetreten war. Die Aorta war weithin atheromatös entartet. Das Interessante des Falles liegt, abgesehen von dem Auftreten des Atheroms in so frühen Jahren, darin, dass ein derartiges Geschwür in den Herzbeutel perforirt, ohne dass jemals Herzsymptome aufgetreten waren, und ohne dass anderweitige anatomische Folgezustände vorhanden waren — es bestand an der betr. Stelle weder eine aneurysmatische Erweiterung noch ein Aneurysma dissecans. Anhaltspunkte für Syphilis waren nicht gegeben, Tuberkulose bestand ebenfalls nicht. Eine Beschleunigung des Endes dürfte durch vielfache Gemüthsbewegungen herbeigeführt sein.

Markwald (Gießen).

10. **Millot-Carpentier.** Communication congénitale des deux coeurs par inocclusion du septum ventriculaire.

(Union méd. 1889. No. 113.)

Ein 2jähriges Kind, das dem Verf. zugeführt wurde, bot bei der Untersuchung folgende Symptome: Gesicht geröthet und geschwollen, Lippen cyanotisch, Augen entzündet, Gesichtsausdruck ängstlich, Cyanose der Extremitäten; im 3. linken Intercostalraum ein langgedehntes, starkes, rauhes, systolisches Blasen, das sich nicht in die Gefäße oder die Herzorificien verfolgen und nicht von Bewegungen oder Druck des Stethoskopes in der Hals- oder Cruralgegend beeinflussen ließ. Puls nicht wesentlich verändert. Es handelt sich also hier um eine Öffnung im Septum ventriculorum (?). Jodoform und Veratrin innerlich, reizende Einreibungen, so wie schwache Purgantien und Milchdiät verbesserten etwas den Zustand des kleinen Pat. **G. Meyer** (Berlin).

11. **Koloman Szegö** (Budapest). Ein Fall von angeborener Herzkrankheit.

(Pester med.-chir. Presse 1889. Mai.)

Ein 22monatliches Kind, von gesunden Eltern stammend, mit einem Körpergewicht von 7050 g, schlecht genährt, trotzdem das Kind ein Jahr lang gestillt worden war, erkrankte bei gleichzeitiger auffallender Kräfteabnahme an Diarrhoen, die nicht nachließen und bald zum Tode führten. Noch bei Lebzeiten war über dem Herzen ein systolisches Blasegeräusch hörbar gewesen, das auf das Bestehen eines Herzfehlers hinwies. Es fand sich ein Defekt im vorderen Ventrikelseptum, wodurch eine Kommunikation zwischen den 2 Ventrikeln entstand; das Foramen ovale war offen, es bestand eine alte Endocarditis an der Tricuspidalis und Insufficienz derselben, der Ductus Botalli persistirte. Das rechte Herz war dilatirt. Die in vivo beobachteten spärlichen Erscheinungen ließen diese komplicirten Verhältnisse nicht einmal ahnen. Das Offenbleiben des Foramen ovale wurde jedoch während der Spitalsbeobachtung diagnosticirt. Während der Auskultation hörte man bloß ein Blasegeräusch, das wahrscheinlich durch Regurgitation des Blutes durch das insufficiente rechte venöse Ostium herbeigeführt wurde.

Goldschmidt (Nürnberg).

12. **Brunet.** Recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique.

(Thèse de la Faculté de Médecine de Paris 1889.)

Nach einer Übersicht über die bisher veröffentlichten Erfahrungen, betreffend die Behandlung der Lungenphthise mittels Inhalationen von Fluorwasserstoffsäure geht Verf. zu einer Schilderung seiner Beobachtungen, die er an 50 Pat. angestellt hat, über. Die Ergebnisse derselben sind durchaus nicht günstig und, wie Verf. meint, wenig ermuthigend, diese Versuche noch weiter fortzuführen.

Die Kranken haben, falls sie nicht allzu sehr ermüdeten, eine Stunde täglich inhalirt. Es fanden sich in dem Versuchsmaterial alle Stadien der Tuberkulose. Im Allgemeinen wurden die Inhalationen von den Kranken gut vertragen und verursachten ihnen keinerlei Unannehmlichkeiten, abgesehen von kurzdauernder Reizung der Nasen- und Halsschleimhäute. Gliederschmerzen und Schlafsucht, von denen andere Beobachter erzählen, konnte B. nie verzeichnen.

Günstig beeinflusst wurde bei allen Kranken der Appetit, und wurde dadurch in einigen Fällen das Allgemeinbefinden gebessert. Die Diarrhoen wurden niemals gebessert; einige Male traten colliquative Diarrhoen in den ersten Tagen der Behandlung ein.

Die Nachtschweiße ließen bei einigen in den Anfangsstadien befindlichen Kranken etwas nach, hörten aber niemals vollständig auf. Das Fieber wurde niemals geringer, in einigen Fällen sogar heftiger.

Eben so wenig war ein bemerkenswerther Erfolg in Bezug auf Dyspnoe und Husten zu erzielen. Hämoptoe ließ nicht nach, wurde dagegen in einem Falle direkt durch die Inhalation hervorgerufen.

Auswurf und Bacillengehalt nahmen an Quantität nicht ab; eine Besserung der lokalen Processe war nicht bemerkbar. So will Verf. die wenigen günstigen Ergebnisse, wie Zunahme des Appetits und des Körpergewichtes, nicht den Inhalationen, sondern den verbesserten socialen Verhältnissen der Kranken in der Anstalt zugeschrieben wissen.

(Es will uns scheinen, als ob Verf. doch allzu pessimistisch über ein Mittel urtheilt, bei dessen Anwendung andere einwandsfreie Beobachter z. B. Lépine, Seiler, Gager relativ sehr günstige Resultate erreicht haben. Möglicherweise ist B. bei der Auswahl der Fälle nicht mit der Vorsicht zu Werke gegangen, die zur Erzielung eines gleichwerthigen Beobachtungsmaterials durchaus nothwendig ist. Ref.) **M. Cohn** (Berlin).

13. **Metzner.** Ein Fall von mykotischer Mandelentzündung mit tödlichem Ausgang. (Aus dem pathologischen Institut zu Halle.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Ein 23jähriger kräftiger Mann war unter den Symptomen einer Angina catarrhalis erkrankt, an die sich nach wenigen Tagen Erscheinungen von Seiten der Lungen hinzugesellten, denen Pat. sehr bald darauf erlag. Bei der Sektion fanden sich bei anscheinend vollkommen intakter Oberfläche in der Tiefe des Tonsillargewebes beiderseits kleine, ziemlich spärliche Eiterherde, als deren kontinuirliche Fortsetzung eine eitrige Infiltration des Zellgewebes im Mediastinum anticum und posticum sich darstellte; sodann beiderseits eine exsudative Pleuritis eiterig-hämorrhagischer Natur mit Kompressionsatelektase der Unterlappen beider Lungen, beginnende Pericarditis und ziemlich starke Milzvergrößerung. Die Tonsillen erwiesen sich, namentlich in den tieferen submukösen, und noch mehr in den intermuskulären Gewebsschichten durchsetzt von Staphylokokken und Streptokokken; es dürfte danach keinem Zweifel unterliegen, dass der Sitz der Primärinfektion in den Tonsillen gelegen war. **Markwald** (Gießen).

14. **Heddaeus.** Über Dysphagie durch Anschwellung der Bronchialdrüsen und Schlund-Luftröhrenfistel, nebst Bemerkungen über Gallensteinkolik.

(Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 36 und 37.)

Ein hereditär nicht belasteter Mann, der vor 13 Jahren im Alter von 37 Jahren in die Behandlung des Verf. trat, litt an häufig sich wiederholenden entzündlichen Infiltrationen und Ulcerationen der Lunge, Hämoptoe, Pleuritiden adhäsiver Art sowohl als auch mit flüssigem Exsudat, Rippenperiostitis an verschiedenen Stellen, Abscessen durch dieselben, ferner Abscessen der Achsel- und der retroclaviculären Drüsen — lauter Affektionen, welche nur an einen tuberkulösen Process denken ließen. Plötzlich trat dann rasch einsetzende Dysphagie hinzu und die Sondenuntersuchung ergab den Sitz der Stenose in Höhe der Trachealdrüse; es wurde als Grund dafür eine tuberkulöse Anschwellung dieser Drüse angenommen. Krebs glaubte Verf. aus der Anamnese, so wie beim Fehlen von Schmerzen und Abmagerung ausschließen zu dürfen. Allmählich wurde die Stenose so eng, dass zur Ernährung per clysma geschritten werden musste; ca. 10 Tage vor dem Tode bildete sich eine Fistel zwischen Trachea und Ösophagus: wenn die geknöpfte Hohlsonde bis zur Stenose eingeführt wurde, so kam beim brüsken Ausathmen oder mit Husten verbundenem Würgen Luft mit deutlichem Geräusch aus der Sonde hervor.

Die Sektion ergab in der Gallenblase zwei Steine. Beide Lungen tuberkulös infiltrirt und verschwärt mit vielen Kavernen. Viele Bronchialdrüsen schiefrig grau, diejenigen oberhalb der Bifurkation total vereitert, eben so daselbst die vordere Wand des Ösophagus und die hintere der Trachea, deren Knorpelringe mit ihren hinteren Enden nekrotisch frei in die Luftröhre ragten. Die Öffnung zwischen beiden Röhren war für die Spitze eines kleinen Fingers passirbar. — Arnold, dem H. das Präparat zur Besichtigung sandte, glaubte, dass es sich doch um ein Carcinom handelte.

Die Veröffentlichung ähnlicher Fälle dürfte zur Sicherstellung der Diagnose unter Zuhilfenahme aller möglichen Untersuchungsmethoden eine mikroskopische Untersuchung des Ausgehusteten, Ösophagoskopie, Durchleuchtung etc. entschieden beitragen.

Am Schlusse giebt Verf. noch einige Bemerkungen über Gallensteinkolik, veranlasst durch den Fund zweier Gallensteine bei der Sektion. Pat. hatte 11 Jahre hindurch von Beginn der vorher berichteten Erkrankung in unregelmäßigen Zwischenräumen an plötzlich ohne nachweisbare Ursache und ohne objektiven Befund auftretenden heftigen Schmerzen in der Magen- und Lebergegend gelitten, die nach 1—3 Tagen bei Darreichung von Morphium zurückgingen. H. glaubt, dass alle diejenigen heftigen kardialgischen Schmerzanfälle, für welche nach den begleitenden Symptomen und nach dem Verlaufe eine andere Bedeutung nicht zu ermitteln ist, als Gallensteinkolik anzusehen sind. Das Aufhören der Anfälle ohne Abgehen von Steinen erklärt er durch das Wachsen derselben, das ein Eingleiten aus der Blase in die Gallengänge unmöglich macht, oder durch die Vorlagerung eines großen Steines gleichsam als Pförtner vor den Eingang in den Ductus cysticus. Wird die Stellung dieses Steines durch irgend einen äußeren Einfluss später wieder verändert, so ist eine Einkeilung wieder möglich; so erklärt sich die nicht seltene Thatsache, dass Gallensteinkoliken nach zehn- und zwanzigjähriger Pause eine neue Serie beginnen können. **M. Cohn** (Berlin).

15. **Berkhan.** Hochgradiger Divertikel der Speiseröhre mit Ausgang in Genesung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 11.)

In dem sehr interessanten Fall handelte es sich um einen 52jährigen Mann, bei welchem 2 Jahre vor der ersten Vorstellung Schlingbeschwerden sich eingestellt hatten, die allmählich so zunahmen, dass Pat. nur noch Flüssigkeiten genießen konnte, während festere Speisen bald kürzere, bald längere Zeit nach dem Genusse unter Würgen nach der Mundhöhle zurücktraten. Bei der Untersuchung des sehr abgemagerten Kranken fand B., dass beim Trinken auf der linken Seite des Jugulum ein Sack von Walnussgröße hervorquoll. Nach kurzer Zeit trat dann ein Klingen auf, welches das Herabrinnen in den unterhalb des Divertikeleinganges gelegenen Theil der Speiseröhre andeutete. Drückte man auf den gefüllten Sack, so trat der Inhalt desselben in die Mundhöhle des Pat. zurück. B. versuchte nun mit einem entsprechend gekrümmten konischen Bougie aus Guttapertscha um den Divertikeleingang herumzukommen und allmählich den normalen Ösophaguseingang herzustellen. Dies gelang denn auch nach zahlreichen Bougierungen, so dass Pat. wieder (mit Ausnahme von trockenem Weißbrot) gut schlucken konnte, sich vollständig erholte und wieder dienstfähig wurde.

Seifert (Würzburg).

16. **Buchmüller.** Beitrag zur pathologischen Anatomie des Ulcus ventriculi et duodeni.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1889.

Das Präparat stammte von einem etwa 50jährigen Manne, bei welchem eine Hämorrhagie aus der im Grunde eines chronischen Duodenalgeschwüres verlaufenden arrodirten Arteria gastroduodenalis den letalen Ausgang bedingt hatte. Die Verlöthung mit dem Pankreas hatte einerseits die Perforation in die Bauchhöhle abgehalten, und andererseits die Vernarbung behindert.

Seifert (Würzburg).

17. **B. Tschlenoff.** Über Darmsaftgewinnung beim Menschen.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 6.)

Verf. hat die vom Ref. (d. Centralbl. 1889 No. 6) angestellten Versuche über Darmsaft wiederholt und hat gleichfalls unter 7 Fällen 5mal genügende Mengen Darmsaft erhalten können, die er wesentlich auf tryptisches und amylumlösendes Ferment hin geprüft hat. Die Fälle betreffen verschiedene Magenaffektionen (1 Fall Hyperacidität, 1 Fall chronisches Erbrechen, 1 Fall von Stenose des Öso-

phagus und Verdacht auf Carcinom des Ösophagus und Magens, 1 Fall mit Atrophie der Magenschleimhaut und Magendilatation, endlich 1 Fall mit Atrophie der Magenschleimhaut ev. auch Magencarcinom). Versuche über Fettspaltung und Fettemulgirung sind T. nicht gelungen. Ferner glückte die Darmsaftgewinnung nicht in einem Falle von Magenektasie und bei einem Pat. mit chronischer Hg-Vergiftung, beide mit Retention von Speisen im nüchternen Magen. Den Schluss der Arbeit bildet die wiederholt auch von anderer Seite, zuletzt noch von Reichmann u. A. betonte Empfehlung der therapeutischen Darreichung von Pankreasferment bei atrophischen Zuständen des Magens. **Boas** (Berlin).

18. **O. Kollmann** (Würzburg). Zur Frage der Behandlung des Ileus.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 34.)

Eine 76 Jahre alte, dekrepide Frau, die 12mal geboren hatte und mit doppelseitigem Bruche behaftet war, kam mit Erscheinungen von Ileus (Meteorismus, Schmerzhaftigkeit des Abdomens, Stuhlverstopfung, Ructus und fortwährendem Erbrechen) ins Spital; Opiate wurden sofort erbrochen, Eingießungen per rectum waren erfolglos und subkutane Injektionen waren durch das Alter der Pat. kontraindicirt. Es war nun die Aufgabe gegeben, den oberhalb des Verschlusses befindlichen Darmtheil möglichst zu beruhigen, was durch Darreichung von Eispillen und Eisumschlägen gelang, und ferner die Peristaltik in dem unterhalb des Verschlusses gelegenen Darmtheil zu bethätigen, was durch Klysmata von 2 g Glycerin p. dosi gelang. Bald nach dem ersten Klystier löste sich der Darmverschluss und es trat Stuhlgang ein, nach dem zweiten Klystiere am folgenden Tage schwanden die Schmerzen vollständig, so dass Pat. geheilt entlassen wurde.

Den günstigen Ausgang dieses Ileus schreibt Verf. dem Glycerin zu, dessen hygroskopische und lokal irritirende Eigenschaft zusammen mit seiner Fähigkeit, Muskelkontraktionen hervorzurufen, die stärkeren peristaltischen Bewegungen auslöste, welche zur Aufhebung des Darmverschlusses führten. Die angeführte Behandlungsmethode dürfte desshalb in ähnlichen Fällen, wie dem geschilderten, zu empfehlen sein. **Goldschmidt** (Nürnberg).

19. **Cnopf** (Nürnberg). Über Pericarditis im Kindesalter.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 21.)

Unter 459 Kranken des Nürnberger Kinderspitals sah C. 10mal und unter 130 Sektionen 7mal Pericarditis. Sie fand sich 4mal im Alter unter 1 Jahr, 2mal im 2. Lebensjahr, 2mal im 6. und je 1mal im 9. und 10. Lebensjahre. Am häufigsten waren Entzündungsvorgänge der Pleura und Lungen die Ursache der Pericarditis, 2mal die Tuberkulose. Die Diagnose ist ungeheuer schwer zu stellen und nur bei größeren Kindern stellen sich die gewöhnlichen physikalischen Symptome ein. Von hoher prognostischer Bedeutung ist die Verwachsung der Pericardialblätter, wie zwei ausführlicher mitgetheilte Fälle beweisen, wo in dem einen hochgradiger weit verbreiteter Hydrops, im anderen Herzschwäche durch die Bewegungshemmung des Herzens Ursache des Todes waren. **Goldschmidt** (Nürnberg).

20. **Späth** (Hamburg). Zur Kenntnis der Vulvovaginitis im Kindesalter.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 22.)

Den in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten gebrachten Mittheilungen über Vulvovaginitis (v. Dusch, Hofmokl u. A.) reiht Verf. die Schilderung einer größeren Anzahl solcher Fülle an, die er in Hamburg zu beobachten Gelegenheit hatte. Es sind im Ganzen 21 Fälle im Alter von 3—11 Jahren; in 14 Fällen hiervon fanden sich die Gonokokken im Sekrete der Vulva und der Urethra, in 7 Fällen fanden sich andere Mikroben, in 3 hiervon als Ursache der Oxyurie vermicularis, 2mal lag Masturbation vor und bei den 2 anderen Mädchen lenkte sich der Verdacht auf stattgehabtes Stuprum. Bei keiner dieser 7 Pat. war die Urethra betheiligt, während in den 14 übrigen Fällen stets die Urethra auch afficirt war und in dem blennorrhoischen Sekrete waren stets Gonokokken nachweisbar. In 11 Fällen bestand gleichzeitig Blennorrhoe der Mutter, 2mal Gonorrhoe des Vaters; auch in den übrigen Fällen war zumeist die Quelle der Infektion aufzufinden.

Die Therapie bestand in Berieselungen der Vulva und Vagina mit warmer Sublimatlösung 1:2000 und Einführen von Stäbchen aus Jodoform oder Thallin in die Scheide und Harnröhre. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt $3^1/_2$ Monate; die Fälle, bei denen Gonokokken nicht gefunden wurden, heilten auch schneller; besonders die Urethritis erwies sich sehr hartnäckig gegen jede Behandlung.

Verf. nimmt keinen Anstand, alle Fälle von Vulvovaginitis der Kinder, bei denen die Harnröhre mit betroffen ist und bei denen im Sekrete die Neisser'schen Kokken sich finden, als wahre Gonorrhoe zu betrachten, wie dies auch von Dusch, Pott u. A. angenommen wird. **Goldschmidt** (Nürnberg).

21. **F. Schilling** (Nürnberg). Zur Keuchhustenbehandlung.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Gestützt auf die entwicklungshemmende und desinficirende Eigenschaft des Chloroformwassers gegenüber Mikroorganismen, so wie gestützt auf die Annahme, dass der Keuchhusten wahrscheinlich parasitären Ursprungs sei, hat Verf. eine große Anzahl solcher Fälle, die dem verschiedensten Lebensalter angehörten, mit Chloroformwasser behandelt. Er verfährt dabei in der Weise, dass in den Dampfkessel des Inhalationsapparates ein Esslöffel warmen Wassers gebracht wird, dem je nach dem Alter des Pat. einige Tropfen Chloroform zugesetzt werden und zwar 2—3mal so viel Tropfen als das Kind Jahre zählt. In das am Apparat angebrachte Medicinglas kommt nur kaltes Wasser. Die Inhalationen werden 4mal des Tages vorgenommen und die jeweiligen Sitzungen so lange ausgedehnt, bis die Flüssigkeit im Kessel vollständig verdampft ist. Die Erfolge sind als ganz gute zu bezeichnen, da im Durchschnitt die Krankheit sich in der 3. Woche schon besserte. Vom Chloroformwasser (0,5 : 100,0) innerlich gereicht, sah Verf. keinen Erfolg, doch wendet er dasselbe mit gutem Erfolg zu Blasenausspülungen, so wie als Gurgelwasser bei Diphtherie an. Nothwendig ist, dass die ersten Inhalationen beim Keuchhusten der Arzt selbst leite, damit ordnungsgemäß und bis zur Neige inhalirt werde. **Goldschmidt** (Nürnberg).

22. **Charcot.** Des crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 39.)

Zunächst beschreibt C. einen Fall von gastrischen Krisen, welche sich bei einem Mann eingestellt hatten und welche, da sie mit heftigen Gastralgien, kaffeesatzartigem Erbrechen, völliger Appetitlosigkeit und Prostration der Kräfte einhergingen, den Verdacht auf eine schwere Magenerkrankung erregt hatten. Sie traten zehn Tage lang auf, schwanden dann und erschienen in Zwischenräumen von Neuem. Erst am Ende des dritten Jahres, mit Eintritt von Koordinationsstörungen in den Beinen und Romberg'schem Zeichen, wurde die wahre Natur des Leidens erkannt, welche nach Ansicht C.'s viel früher deutlich war. Bei den typischen Crises gastriques der Tabiker sind heftige Magenschmerzen, die in Leib und Rücken ausstrahlen, vorhanden, ferner unaufhörliches, unstillbares Erbrechen. Letzteres enthält die Nahrungsmittel, Schleim, Galle, Blut. Erbrechen schwarzer Massen ist selten (nur noch einmal in der Litteratur von Vulpian beschrieben). So wie das Erbrechen aufhört, kann der Kranke gut essen und verdauen. Während der Zeit des Erbrechens können schwere Störungen im Allgemeinbefinden vorhanden sein, die Anfälle kehren mitunter periodisch wieder. Während einer Krise kann der Tod durch Collaps eintreten. Von diesem Verlauf der Crises gastriques giebt es mannigfache Abweichungen (das Erbrechen oder die Schmerzen können fehlen, die Dauer der Krisen ist verschieden lang etc.). Bei dem oben genannten Pat. wurde jetzt noch außerdem eine unvollständige Lähmung des linken Stimmbandes und Hyperästhesie der Larynxschleimhaut jener Gegend gefunden, und der Kranke erzählte, dass er vor 5 Jahren eines Tages einen Kitzel in der Kehle gefühlt, rauh gehustet habe und ohne Bewusstsein niedergestürzt sei (Larynxkrisen). Dies habe sich dann, ohne dass er das Bewusstsein verloren, mehrfach wiederholt. Im nächsten Jahre habe er auch mehrfach blitzartig durchschießende Schmerzen in

den Extremitäten gespürt. Trotz des Vorhandenseins dieser Erscheinungen war die richtige Diagnose erst nach mehreren Jahren gestellt worden.

G. Meyer (Berlin).

23. **Bennett and Savill.** A case of permanent conjugate deviation of the eyes and head, the result of a lesion limited to the sixth nucleus; with remarks on associated lateral movements of the eyeballs, and rotation of the head and neck.

(Brain 1889. Juli.)

Es handelt sich um zwei Erweichungsherde. Der eine, einen großen Theil der rechten vorderen Centralwindung umfassend, hatte Lähmung der linken Oberextremität und Parese im linken Mundfacialis zur Folge; der andere, auf den linken Abducenskern beschränkt, bot die seltene Gelegenheit dar, konjugirte Ablenkung der Bulbi und des Kopfes nach der kontralateralen (hier rechten) Seite als isolirtes Symptom, 4 Wochen lang und bis zum Tode andauernd, zu beobachten. Leider ist die Reinheit und ausgiebigere Verwerthbarkeit des Falles stark beeinträchtigt dadurch, dass das Präparat für eine genauere mikroskopische Untersuchung verloren ging.

Die Deviation war plötzlich über Nacht und 2 Monate nach der Lähmung des linken Armes eingetreten. Die Lähmung des linken Abducens war eine absolute, während der rechte Rectus internus nur für die associirte Blickrichtung nach links, nicht aber für die isolirte Kontraktion und die Konvergenzthätigkeit gelähmt war.

Es folgt eine längere Auseinandersetzung über die in Rede stehende associative Thätigkeit, welche willkürlich von der Hirnrinde, reflektorisch vom Abducenskern aus ausgelöst werden kann, und eine Besprechung der theoretischen Möglichkeiten bei Reizung oder Unterbrechung an den verschiedenen Stellen dieser Bahn vom Centrum bis zur Peripherie. Es wird derselben ein Schema zu Grunde gelegt, welches von folgenden anatomischen Voraussetzungen ausgeht: Die Bahnen, welche die Hirnrinde mit den Kernen des Abducens und Oculomotorius, so wie den spinalen Kernen der Kopf- und Nackenmuskulatur verbinden, kreuzen in der Mittellinie, jene muthmaßlich in der Vierhügelgegend. Der Abducenskern ist einerseits mit Auge und Ohr der gleichen Seite reflektorisch verknüpft, andererseits verbunden mit Oculomotorius- und Accessoriuskern der gekreuzten, dem erwähnten spinalen Kern der gleichen Seite. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

Tuczek (Marburg).

24. **Dutil.** Sur un cas de paralysie agitante à forme hémiplégique, avec attitude anormale de la tête et du tronc (extension).

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 38.)

Eine 50jährige Federhändlerin, welche mütterlicherseits nicht erblich nervös belastet ist, deren Vater, Potator, 48 Jahre alt, und deren Tante 60 Jahre alt, nachdem sie 10 Jahre gelähmt war, starb, verlor ihren Bruder im 33. Lebensjahre in Folge Abusus spirituosorum. Von fünf Kindern sind vier gesund, eine 16jährige Tochter hatte mehrere hysterische Anfälle. Pat. selbst war stets gesund, aber oft über geringfügige Anlässe leicht erregt. Ihr Ehemann, ein Säufer, überhäufte sie mit Drohungen und Schmähungen, und die Kranke selbst führt auf die Erregungen in ihrem Eheleben den Beginn ihrer Erkrankung zurück, welche sich vor etwa 2 Jahren mit Schwäche und Steifigkeit im linken Arm, so wie Zittern der Finger, welches zuerst zeitweise, schließlich fortwährend bestand, einstellte. Fünf Monate später musste sie ihrem Berufe entsagen, da auch das linke Bein schwach und taub wurde, und ein Krankenhaus aufsuchen. Sie verblieb daselbst $3^1/_2$ Monat und wurde mit Massage behandelt, nach welcher sich die Schwäche, nicht aber die Steifheit der Extremitäten besserte. Im Juni 1888 fühlte sie zuerst Reißen und Steifheit im Nacken, die Beweglichkeit des Kopfes verschlechterte sich, und ganz allmählich wurde der Kopf nach hinten gezogen. In dieser forcirt nach hinten übergebeugten Stellung befindet sich derselbe noch jetzt; eben so ist der

Rumpf nach hinten gebeugt mit einer kleinen Abweichung der Wirbelsäule nach rechts. Die linke Schulter und Hüfte stehen höher als die rechte, das linke Bein befindet sich in Extension, die Ferse berührt kaum den Boden. Der linke Arm hat die typische Haltung wie bei Paralysis agitans, das Zittern beschränkt sich auf die Hand. Auf der rechten Seite besteht keine Funktionsstörung; die linken Extremitäten bewegen sich langsam, mit Anstrengung. Kopf und Rumpf verharren in der Extensionsstellung, alle Bewegungen sind langsam, sehr beschränkt. Der Ausdruck des Gesichts ist unempfindlich, die Augenbrauen emporgezogen, Augen unbeweglich. Während des Gehens bleibt diese ganze Haltung bestehen, und der Gang macht den Eindruck eines Menschen mit Hemiplegie im Stadium der Kontraktur. Sehnenreflexe, Sensibilität, Sphincteren, Intelligenz normal. Pat. hat ein Gefühl von Taubheit und starker Hitze in der linken Seite. Die Sprache ist etwas eintönig.

G. Meyer (Berlin).

25. Jürgensmeyer. Zur Pathologie der submukösen Larynxerkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 11.)

J. beschreibt einen Fall einer primären, auf die Epiglottis lokalisirten, akuten Laryngitis submucosa mit sekundärer Perichondritis und Ausgang in Eiterung mit Ausstoßung nekrotischer Gewebsfetzen. Als eine auffallende Komplikation zeigten sich Ulcerationen an den Plicae pharyngo-epiglotticae, möglicherweise waren diese diphtheritischer Natur; es würde dann die Diphtherie vielleicht als Ursache oder als Begleitsymptom der submukösen Entzündung aufgefasst werden können.

Seifert (Würzburg).

26. Malfilatre et Lemoine. Nouvelles recherches sur l'hyoscine.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 36.)

Bei 62 Geisteskranken, von denen 56 an maniakalischen Erregungen verbunden mit Schlaflosigkeit litten, prüften die Verff. mit im Ganzen 316 subkutanen Einspritzungen die Wirkung des Hyoscinum muriaticum. Viele der Pat. hatten nicht auf Morphium, Chloral mit Brom, Hyoscyamin reagirt. 38 Kranke hatten nach einer Injektion von $^3/_{10}$ mg 5—6stündigen Schlaf. Bei 23 von ihnen wurden die Einspritzungen 2 Wochen lang fortgesetzt, und von diesen mussten 6 höhere Gaben des Mittels (in 2 Fällen $1^1/_2$ mg) erhalten. Anstatt der schlafmachenden Wirkung des Mittels trat bei manchen Pat. die beruhigende in den Vordergrund. Bei 18 Personen zeigte sich nach Injektion von $^3/_{10}$ mg keine hypnotische Wirkung, auch wurde die Aufregung stärker. Bei 5 anderen stellte sich 5—8stündiger Schlaf nach Injektion von $^5/_{10}$ mg ein, bei 4 waren $^6/_{10}$—$^8/_{10}$ mg und bei 3: 1 mg des Mittels nöthig. Irgend welche bedrohlichen Nebenerscheinungen traten bei keinem Pat. nach Anwendung des Medikamentes ein. Trockenheit im Rachen, Verminderung der Speichelabsonderung wurde nie danach beobachtet, keine Kopfschmerzen, Delirien, Hallucinationen, Verdauungsbeschwerden. Auch bei 5 Pat. mit depressiven Formen von Geisteskrankheit wurde das Mittel versucht, jedoch müssen die Prüfungen bei diesen Affektionen noch fortgesetzt werden. Immerhin war in einem Falle von Hypochondrie ein guter Erfolg des Hyoscins zu verzeichnen.

Entgegen der Ansicht deutscher Autoren (Jastrowitz) halten sich die Verff. zur warmen Empfehlung des Hyoscins als Palliativum bei den Zuständen von Insomnie verbunden mit Agitation für berechtigt. Betreffs seines Heilerfolges in dieser Hinsicht wollen sie eine Meinung bis jetzt noch nicht äußern.

G. Meyer (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 4. **Sonnabend, den 25. Januar.** **1890.**

Inhalt: **E. Levy**, Zur Ätiologie der pyämischen Erkrankungsprocesse. (Original-Mittheilung.)

1. **E. Salkowski**, Harnsäureausscheidung unter dem Einfluss von Alkalien. — 2. **Ken Tanigati**, Einfluss der Alkalien auf die Oxydation. — 3. **Krafft**, Einfluss der Sauerstoffathmung auf die Stickstoffausscheidung. — 4. **Friedmann**, Histologie der akuten Encephalitis. — 5. **Bozzolo**, Frequenz der Nierenkrankheiten in Norditalien. — 6. **Escherich**, Künstliche Ernährung im Säuglingsalter. — 7. **Biedert**, Nahrungsberechnung für den Säugling.

8. **Openchowski**, Geschwürige Processe im Magendarmtractus. — 9. **Bucquoy**, Duodenalgeschwür. — 10. **Burchardt**, Neue Amyloidfärbung. — 11. **Renvers**, Empyeme. — 12. **S. C. Smith**, Operirte Lungengangrän. — 13. **Leyden**, Morbus Brightii bei Schwangeren und Gebärenden. — 14. **Bókai**, Rachendiphtherie. — 15. **Rosenheim**, Embolie der Art. radialis. — 16. **Revilliod**, Angeborene Herzanomalie. — 17. **Smirnoff**, Ist der Aussatz ansteckend? — 18. **Railton**, 19. **Booth**, Cerebellartumoren. — 20. **Joseph**, Geschwülste des 4. Ventrikels. — 21. **Howard**, Ophthalmoplegie. — 22. **Schaffer**, Alkoholparalyse. — 23. **Hitzig**, Spinale Dystrophien. — 24. **Miura**, Genese der Rückenmarkshöhlen. — 25. **Jendrássik**, Antifebrin. — 26. **Brieger**, Antifebrinvergiftung. — 27. **Lindenborn**, Dithiosalicylsaures Natron. — 28. **Kurloff**, Sparteïn. — 29. **Rabow**, Hyoscin.

(Aus der med. Klinik der Universität Straßburg i/E.)

Zur Ätiologie der pyämischen Erkrankungsprocesse.

Von

Dr. E. Levy,
Assistenzarzt der Klinik.

Die Streitfrage, ob die Pyämie durch einen specifischen Mikroorganismus hervorgerufen werde oder nicht, beherrschte lange Zeit hindurch die Diskussionen über die Ätiologie dieser Krankheit. Nach den Untersuchungen von Ogston, Rosenbach u. A. schien es bald zur Genüge festgestellt zu sein, dass alle Eiterkokken, sowohl Strepto- wie Staphylokokken, die Ursache der metastatischen Pyämie werden könnten. Wie verhält es sich nun mit den Eite-

rungsbacillen? Vermögen auch sie gegebenen Falles eine pyämische Erkrankung zu erzeugen? Wohl ja, und als Beweis hierfür sei es uns gestattet folgenden Fall in aller Kürze mitzutheilen.

Der 26jährige Tagelöhner Heyer meldete sich am 6. November 1889 zur Aufnahme in die medicinische Klinik. Seit 8 Wochen leidet Pat. an einem eitrigen stinkenden Ausflusse des rechten Ohres. Er macht bei der Untersuchung den Eindruck eines schwer kranken Mannes. Temp. 38. Puls beschleunigt (120). Heftige Kopfschmerzen. Starkes Schwindelgefühl, das sich besonders in der Vorstellung geltend macht, als ob Alles sich um den Pat. nach seiner linken Hand zu drehte. Konstatirt wurde eine Otitis med. perforativa purulenta rechts; Schwellung des Gehörkanals. Gehörvermögen rechts = 0. Proc. mastoid. frei. Leichtes Ödem auf dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers. Der übrige Status bietet nur normale Verhältnisse. Vom 8. November ab stellen sich Schüttelfröste ein, es gesellt sich bald eine geringe aber deutliche Nackenstarre und galliges Erbrechen hinzu. Da außerdem die linke Pupille weiter war wie die rechte, so wurde an meningitische Reizung gedacht. Diese Symptome ließen jedoch bald nach, Erbrechen, Nackenstarre, Pupillendifferenz verschwanden, es traten als neu in das Krankheitsbild jetzt ein: Ikterus und Milztumor. Im Urin neben Gallenfarbstoff Eiweiß. Sensorium frei. Die Schüttelfröste dauerten fort, das Fieber zeigte einen sehr stark intermittirenden Charakter. Unter dem Warzenfortsatz derber länglicher Strang zu fühlen, der dem Verlauf der Ven. jugular. int. entsprach. Es wurde nunmehr die Diagnose auf Sinusthrombose gestellt. Seit dem 17. November heftige Durchfälle, Stühle farblos. Am 18. Morgens wurde auf dem Proc. mast. und unter dem Kieferwinkel eine derbe Infiltration bemerkt, Haut darüber geröthet, Knochen schmerzhaft. Man entschloss sich desshalb Mittags zur Trepanation des Warzenfortsatzes. Bei der Operation (Privatdocent Dr. Fischer) stieß man auf eigenthümlich verfärbtes infiltrirtes Knochengewebe. Es wurde eine Kommunikation mit dem Cavum tympani hergestellt und bei der weiteren Verfolgung des infiltrirten Knochens gelangte man nach vorn oben in eine Eiterhöhle, die direkt unter der Dura lag und graugelben stinkenden Eiter enthielt.

Nach der Operation Schüttelfrost. Dieser Frost war der letzte; das Fieber wurde nunmehr zu einer Febris continua, die sich immer zwischen 39,5 und 40,5 hielt. Am 19. November vorn rechts über der Lunge tympanitisch gedämpfter Schall mit pleuritischem Reiben und Rasselgeräuschen (Metastasen in der rechten Lunge). 23. November Exitus letalis. Die Autopsie (Prof. v. Recklinghausen) ergab Otitis med. purul. und als Ursache hiervon ein Cholesteatom.

Im Sinus transv. dext. bräunliche schmierige Massen, die erst im Torcular einen richtigen obliterirenden Thrombus bildeten. Derselbe setzte sich durch die Ven. jugul. int. und jugul. com. bis in den Anfangstheil der Anonyma fort. Es fand sich außerdem abweichend von dem gewöhnlichen Bilde der Sinusthrombose eine gangränöse, diphtheritische Phlebitis, welche die inneren Schichten der betreffenden Venen betroffen und abgehoben hatte. Der Knochen des Felsenbeines in der unmittelbaren Nachbarschaft des Venensinus war nicht erkrankt. Die Thrombose war zunächst wahrscheinlich durch phlebitische oder periphlebitische Processe in den kleinen Venen hervorgerufen, welche den Warzenfortsatz durchziehen, und hatte sich längs derselben bis in den Sinus fortgesetzt.

Von großem Interesse ist in unserem Falle der bakteriologische Befund. Es wurde genau untersucht 1) das Sekret des Mittelohres, 2) der bei der Operation gewonnene Eiter, 3) das Blut des Pat. während eines Schüttelfrostes, 4) Thrombenmaterial post mortem. Jedes Mal wurden je 3 Agar- und Gelatineplatten angefertigt und je 2 weiße Mäuse geimpft. Im Sekret der Paukenhöhle und im Leichenthrombus fand sich in verschwindend kleiner Menge der Staphylococcus pyog. alb., der Hauptsache nach dagegen ein kurzer,

dicker pathogener Bacillus. Dieser selbe Bacillus war im Blute des lebenden fiebernden Pat. und im Eiter der Trepanation in Reinkultur vorhanden. Er allein muss also als der Erreger der pyämischen Infektion betrachtet werden. Das Vorkommen der wenigen Staphylokokken im Mittelohreiter und im Leichenthrombus kann meines Erachtens nach ihm diese Rolle in unserem Falle nicht streitig machen.

Von den 8 weißen geimpften Mäusen starben 7 nach 24 bis 36 Stunden. Im Blute und in den Organen dieser Thiere fand sich allein der erwähnte Bacillus.

Derselbe ist bis jetzt, wie es scheint, noch nicht beobachtet, er stellt ein 1,4—1,5 μ langes und 0,4—0,5 μ dickes Stäbchen dar. Auf der Gelatine bildet er zunächst oberflächliche, unregelmäßig begrenzte, granulirte, grauweiße Kolonien, die bis zu der Größe eines 20pfennigstücks anwachsen können. Die Gelatine wird verflüssigt. In Agarstrichkulturen bildet der Bacillus in den ersten beiden Tagen eine dicke schmutzigweiße Säule, um dann bald die ganze Agaroberfläche zu überziehen. Auf Kartoffeln zeigt sich ein üppiges Wachsthum in Form eines saftigen, erhabenen Rasens, der schnell die ganze Scheibe überwuchert. Temperaturoptimum 30—35°. Der Bacillus ist eminent pathogen für weiße Mäuße. Meerschweinchen dagegen erweisen sich refraktär. Kaninchen ins Auge eingebracht, ruft der Mikroorganismus deletäre Entzündungen hervor: parenchymatöse Keratitis, heftige Iritis mit hinteren Synechien und Vereiterung des Glaskörpers. Subkutan einem Kaninchen injicirt, erzeugt er an der Injektionsstelle diffuse Röthung, Schwellung und Infiltration, die in 2 Tagen ihr Maximum erreicht, um dann allmählich wieder langsam sich zurückzubilden.

In seiner Arbeit über die Ätiologie der Wundinfektionskrankheiten hatte Rosenbach zunächst die Behauptung aufgestellt, dass der Streptococcus pyog. allein tödliche Infektion nach sich ziehen könne. Diese Annahme wurde bald darauf gestürzt durch eine Beobachtung von Tilanus[1], der in einem Falle von letal endender kryptogenetischer Septicopyämie im Blute und im Eiter Staphyloc. pyog. aureus und albus nachweisen konnte. A. Besser[2] kommt durch seine Untersuchungsergebnisse zu dem Schlusse, dass richtige Pyämie sowohl durck Streptokokken als auch durch Staphylokokken hervorgerufen werden könne. Die alte Ansicht, dass es für jede Form der Eiterung, vom Furunkel bis zur Pyämie hinauf einen besonderen sogenannten specifischen Mikroorganismus gebe, ist nicht mehr zu halten. Ein jeder der verschiedenen Eiterungsmikroben vermag unter Umständen die verschiedensten Krankheitsbilder zu erzeugen, darunter auch das der Septikämie und der Pyämie. Dass auch ein pyogener »Bacillus« Pyämie, und zwar eine tödliche Pyämie im

[1] Tilanus, Referat Centralblatt für Chirurgie 1886. No. 13.

[2] B. Besser, Die Mikrobien der Pyämie; die Mikrobien der Septikämie. Wratsch 1888. No. 19 u. 20.

Gefolge haben kann, so gut wie die bekannten Kokken der Eiterung, dies beweist unser Fall mit Bacillenbefund im cirkulirenden Blute, wie ich glaube, zur Genüge.

---

1. **E. Salkowski.** Über die Größe der Harnsäureausscheidung und den Einfluss der Alkalien auf dieselbe. (Nach Versuchen von Dr. E. Spilker.) (Aus dem chem. Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 570.)

Um den Einfluss der Alkalien auf die Harnsäureausscheidung festzustellen, bestimmte Herr E. Spilker in seinem eigenen Harn bei ungeänderter Ernährungsweise den Stickstoffgehalt nach Kjeldahl, die Harnsäure nach der Methode von S. Dann nahm er während 9 Tagen 10—25 g essigsaures Natrium pro die, im Ganzen 145 g. — In der Vorperiode betrug die Harnsäureausscheidung pro die im Mittel 0,8218 g, im Maximum 1,0708, im Minimum 0,722 g. Berechnet man den Stickstoff als Harnstoff, so ergiebt sich als Verhältnis zwischen Harnsäure und Harnstoff 1 : 32,3. Es wurde auch hier, wie schon von anderen Autoren angegeben worden ist, beobachtet, dass Harnstoff- und Harnsäureausscheidung nicht parallel mit einander gehen, die Harnsäureausscheidung ist von der Harnstoffausscheidung unabhängig. Soll der Einfluss eines Mittels auf die Harnsäureausscheidung festgestellt werden, so muss in erster Linie die absolute Größe derselben, nicht die Relation zum Harnstoff berücksichtigt werden.

In den Versuchen von Spilker betrug die Harnsäureausscheidung an den Alkalitagen im Mittel 0,6923 g, sie war also ohne Zweifel in mäßigem Grade herabgesetzt. Die Verminderung war nicht Folge einer Zurückhaltung, da die Harnsäureausscheidung in der Nachperiode genau so hoch war, wie in der Vorperiode.

S. diskutirt die Bedeutung einer im Harn zur Beobachtung gelangenden Vermehrung oder Verminderung der Harnsäureausscheidung. Er äußert u. A. die Ansicht, dass die Harnsäure dem entzündeten Gewebe gegenüber eine ähnliche Rolle spielt, wie die Kalksalze; entgegen Ebstein, welcher annimmt, dass die Harnsäure entzündungerregend wirkt, meint S., dass sie sich in entzündeten bezw. der molekularen Nekrose verfallenen Gewebsterritorien ausscheidet; mehr noch als die Kalksalze zeigt die Harnsäure eine Prädilektion für bestimmte Gewebe, deren Ursache noch ganz unklar ist.

Im Gegensatz zu dem Versuche am Menschen ergab eine Versuchsreihe am Hunde eine bedeutende Steigerung der Harnsäureausscheidung unter dem Einfluss des Alkali. Dieselbe beruht vermuthlich auf einer Herabsetzung der Oxydationsvorgänge.

Es besteht in dieser Beziehung eine gewisse Ähnlichkeit mit den Versuchen über den Einfluss des Antipyrins, von welchem Chittenden fand, dass es beim Menschen die Harnsäureausscheidung

herabdrückt, während Kumagava beim Hunde nach allerdings sehr großen Dosen ein starkes Ansteigen beobachtete.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. **Ken Tanigati.** Über den Einfluss der Alkalien auf die Oxydation im Organismus. (Aus dem chem. Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 4. p. 581.)

Zur Beurtheilung der Oxydation diente das Verhältnis zwischen »saurem« (oxydirtem) und »neutralem« (nicht oxydirtem) Schwefel im Harn. Auf eine etwaige Änderung dieses Verhältnisses unter dem Einfluss von Alkali (Zufuhr von essigsaurem Natrium) wurde in dem vorstehend mitgetheilten Versuche von E. Spilker am Hunde gefahndet. Es zeigte sich, dass bei Alkalizufuhr der neutrale Schwefel beim Hunde nicht abnimmt, dass also unter diesen Verhältnissen sicher keine Steigerung der Oxydation stattfindet, im Gegentheil ist dieselbe eher vermindert. Der Widerspruch dieser Beobachtung mit den Angaben von J. Munk, denen zufolge Herabsetzung der Alkalescenz der Gewebssäfte beim Pferde eine Herabsetzung der Oxydation bewirkt, erklärt sich durch die Verschiedenheiten im Stoffwechsel der Fleisch- und Pflanzenfresser.

Die gleichzeitig im Harn des Hundes bestimmte Phosphorsäure nahm nach Darreichung des Alkali zu. Für die Geringfügigkeit der Phosphorsäureausscheidung im Harn der Pflanzenfresser müssen demnach noch andere Momente in Betracht kommen, als die alkalische Reaktion.

F. Röhmann (Breslau).

---

3. **G. Krafft.** Recherches chimiques sur l'influence de l'oxygène sur les produits azotés de l'urine.

(Revue méd. de la Suisse romande 1889. No. 5.)

Auf Grund einer sorgfältigen und mit Kritik an sich selbst angestellten Versuchsreihe (im Einzelnen sei auf das Original verwiesen) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Unter dem Einfluss des geathmeten reinen Sauerstoffs (35 Liter pro Tag, 300 Liter im Ganzen) findet keine Vermehrung des Harnstoffs statt, die Harnsäure vermindert sich nicht, sie wird nicht oxydirt. Es giebt kein konstantes Verhältnis zwischen Harnstoff und Harnsäure, beide Stoffe sind also von einander unabhängig. Die Menge des ausgeschiedenen Gesammtstickstoffs stieg während der Sauerstoffathmung im Ganzen um 5 g ohne Zunahme des Harnstoffs. — Das Körpergewicht sank unter der gleichmäßigen Diät während des Versuches um 340 g in Folge einer gewissen Ermüdung, welche durch die stets gleichbleibende Ernährung und die mit den Analysen verbundene Arbeit bedingt wurde. Die von anderen Autoren beobachtete Zunahme des Körpergewichts beruht auf einer unter dem Einfluss der Sauerstoffathmung

eintretenden Steigerung des Appetits und der durch diesen bewirkten, vermehrten Nahrungsaufnahme. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **M. Friedmann** (Mannheim). Zur Histologie und Formeneintheilung der akuten nicht eitrigen genuinen Encephalitis.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 15.)

Die experimentelle Bearbeitung der traumatischen Encephalitis lehrt die Unterscheidung in eitrige und nicht eitrige Formen, eine Trennung, die sich auch für die Encephalitiden bei dem Menschen machen lässt. Bezüglich der nicht eitrigen Hirnentzündungen unterscheidet Verf. 5 Formen, von denen die zuerst beschriebene die charakteristischste Gruppe bildet. Bei letzterer ist der wesentliche Befund die dichte Ansammlung der großen aktiven runden oder eckigen epitheloiden Elemente, welche mehr homogen, öfter aber stark mit Fett- und Nervenmarkmolekülen beladen erscheinen und im Gegensatz zu der Körnchenzelle eine gute Beschaffenheit des Kernes aufweisen. Der letztere zeigt Chromatinvermehrung und gelegentlich gut ausgebildete karyokinetische Figuren. Außerdem finden sich geschwellte Achsencylinder und Gliazellen, Rundzellen, infiltrirte wuchernde Gefäßwände und in geringer Menge Körnchenzellen. Die epitheloiden Elemente resultiren aus der Proliferation der fixen Gewebszellen, in erster Linie der Gliazellen. Diese mit lebhafter Zellwucherung einhergehende, akute nicht eitrige Encephalitis erscheint genuin, ferner in Begleitung eitriger akuter Konvexitätsmeningitis, endlich nach gutartigen Embolien (Messner und Leyden).

Die zweite Form charakterisirt Verf. als Kombination lebhafter homogener Schwellung der Neurogliazellen mit einer solchen der Achsencylinder. Zum typischen Bilde gehören ferner reichliche Körnchenzellen, Rundzellen und wuchernde Gefäßwände, während das epitheloide Element zurücktritt oder fehlt. Genuines Auftreten dieser Form ist nur spärlich beobachtet, dagegen findet man dieselbe nach gutartigen Thrombosen und Embolien, bei Encephalomalacien, bei der Virchow'schen Encephalitis der Neugeborenen etc.

Als dritte Form nennt Verf. die hämorrhagische Encephalitis, die Wernicke als Grundlage seiner Poliencephalitis acuta superior auffand. F. sah einen derartigen hämorrhagischen Entzündungsherd in der zweiten Stirnwindung dicht neben der vorderen Centralwindung, wobei sich in dem klinischen Bilde des nur vier Tage dauernden Krankheitszustandes choreatische Bewegungen der anderen Körperseite zeigten. Wesentlich ist der Befund kapillärer Blutung und reichlicher Körnchenzellenanhäufung.

In die vierte Gruppe stellt Verf. diejenigen Entzündungen, von denen die einfachen Narben, Cysten und Sklerosen herstammen, so

weit dieselben nicht durch embolische oder thrombotische Erweichungen bedingt sind.

Als fünfte Gruppe nennt Verf. die gummöse Encephalitis.

J. Ruhemann (Berlin).

---

5. **C. Bozzolo** (Turin). Bemerkungen über die Frequenz der Nierenkrankheiten und deren principielle Behandlung in Norditalien.

(Internationales Centralblatt f. d. Physiol. und Path. der Harn- und Sexualorgane. Bd. I. Hft. 1 und 2.)

Wie überall, ist auch in Norditalien die Nephritis bei dem männlichen Geschlechte häufiger als bei dem weiblichen. Besonders häufig erkrankten in B.'s Krankenhaus Arbeiter daran: von 116 Hospitalfällen betrafen 84 Arbeiter, 32 Landleute, was um so bemerkenswerther ist, als in dem Spitale die zur Aufnahme gelangenden Landleute einen unverhältnismäßig hohen Procentsatz der Gesammtzahl der Pat. ausmachten. Die meisten Nierenentzündungen kommen im April, Mai, Juni, die geringste Anzahl im August und September zur Beobachtung. Bezüglich des Alters wurden am meisten Nephritiden (80 Fälle) im 20.—40. Jahre beobachtet, 67 Pat. standen im 40.—60., 36 im 7.—20. Lebensjahre. — Nephrolithiasis ist, eben so wie Gicht, in Norditalien selten, dessgleichen Nierenechinococcus, Nierenamyloid (selbst bei Lungenphthise!), so wie Tuberkulose des Harnapparates; dagegen ist Hydro- und Pyonephrose, zumal beim weiblichen Geschlecht, häufig, eben so wie Wanderniere bei Frauen oft mit hartnäckiger Dyspepsie und allgemeinen nervösen Störungen einhergehend.

Die B.'sche Behandlung der Nierenkrankheiten rechnet besonders mit der Thatsache, dass der im Blute aufgehäufte Harnstoff (eben so wahrscheinlich die Harnsäure) seinerseits krankhafte Veränderungen in der Niere erzeugen kann, so dass »selbst eine geringfügige Funktionsstörung der Nieren in kurzer Zeit bedeutende Dimensionen annehmen kann, wenn gleichzeitig Überfüllung des Blutes mit Harnstoff resp. mit anderen der regressiven Metamorphose angehörigen Stoffen besteht«. Dem entsprechend muss bei der Behandlung geachtet werden auf 1) Anregung der Nierensekretion, 2) möglichste Verdünnung des Harns, 3) Anregung der Haut- und Darmfunktion, durch welche ebenfalls ein Theil jener Stoffe ausgeschieden wird, 4) möglichste Reducirung stickstoffreicher Kost. Sind im Blute bereits beträchtliche Mengen von Harnstoff vorhanden resp. besteht Urämie, so entzieht B. einen Theil des Blutes direkt durch Venäsektion mit nachfolgender intravenöser, intraperitonealer oder subkutaner Injektion von defibrinirtem Menschenblut oder von Kochsalz resp. Natr. bicarbonicum. Im Übrigen entspricht den obigen Indikationen im Wesentlichen die Milchdiät; gleichzeitig wird die Hautfunktion durch warme Bäder, Dampfbäder Abreibungen mit warmem Öl etc. — die Darmthätigkeit durch Abführmittel —, die Diurese durch Digitalis,

Adonis, Strophanthus angeregt. Gallus- oder Gerbsäure, Fuchsin, Bleiacetat etc. hat sich B. als unnütz oder selbst als schädlich erwiesen. Eben so wenig sah er von der Darreichung stickstoffreicher Nahrungsmittel (zum Ersatz des täglichen Eiweißverlustes) irgend welchen Vortheil.

A. Freudenberg (Berlin).

---

6. **Escherich.** Über die künstliche Ernährung und eine neue Methode der Nahrungsmengen-Berechnung.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 13 u. 14.)

Nach einer kurzen Besprechung der Fortschritte und Erfahrungen, die man in der neueren Zeit in chemischer, physiologischer und bakteriologischer Hinsicht über den Werth der Kuhmilch als eines Ersatzmittels der Frauenmilch gemacht hat, bespricht Verf. die verschiedenen Methoden, die man zur Ausgleichung dieser beiden Milcharten ersonnen hat, betont die große Bedeutung des Soxleth'schen Apparates, wodurch eine vollständige Sterilisirung der einzelnen Milchportionen ermöglicht wird und erwähnt die günstigen Resultate, die man durch Einführung der peptonisirten Milch nach E. Pfeiffer, so wie der Präparate von Loefflund und Volkmer, durch welche eine Peptonisirung der Milch wenigstens annähernd erreicht wird, erzielt hat. Neben diesen Verbesserungen in der Zusammensetzung und den chemisch-physikalischen Eigenschaften der Kuhmilch bei ihrer Verwendung zur Ernährung der Säuglinge, wurden aber die Mengenbestimmungen der pro Tag und Mahlzeit zu konsumirenden Milch vernachlässigt und wenn auch Biedert durch seine trefflichen Vorschriften diese Lücke auszufüllen suchte, so glaubt Verf. doch, dass durch die von jenem verlangten Verdünnungen die Milch eine Zusammensetzung erhalte, die in ihrem Procentgehalte an Eiweiß, Fett und Zucker weit unter demjenigen der Frauenmilch stehe und die es nothwendig mache, dass das Kind viel mehr Flüssigkeitsmengen bewältigen muss, als der an der Brust trinkende Säugling.

Verf. hat desshalb eine neue Mengenbestimmung ausgearbeitet nach folgendem Modus: Kennt man die Menge der für den Tag nothwendigen Nährstoffe resp. das dieselbe repräsentirende Quantum Kuhmilch A und die vom Brustkinde in 24 St. getrunkene Flüssigkeitsmenge B, so berechnet sich die anzuwendende Verdünnung und die Größe der Einzelmahlzeiten in der Art, dass das Quantum A mit Wasser auf das Quantum B aufgefüllt und durch die Zahl der Einzelmahlzeiten dividirt wird; z. B. ein 8 Wochen altes Kind bedarf zu seiner Ernährung etwa 450 ccm Kuhmilch; ein Brustkind desselben Alters trinkt pro Tag ca. 900 ccm Muttermilch in 7 Mahlzeiten; zur Ernährung des gleichaltrigen künstlich ernährten Kindes werden desshalb die 450 ccm unverdünnter Kuhmilch auf 900 ccm aufgefüllt und in 7 Portionen à 128 ccm getheilt dem Kinde verabreicht. (Die hiernach berechneten Zahlen sind in Tabellenform vorgeführt.) Als Zuckerzusatz empfiehlt Verf. den Malzextrakt und ferner zur Er-

höhung des Fettgehaltes den Zusatz von Lahmann'scher Konserve. Vom 6.—10. Monate empfiehlt sich schon die Beigabe von Kindermehl und Zwieback und gegen Schluss des ersten Lebensjahres die Verabreichung von Fleischbrühe, Ei, dünnen Suppen etc. Das Kind erhält alle 2, später alle $2^1/_2$—3 Stunden Nahrung; zur Stillung des Hungers in den Zwischenpausen kann man etwas gekochtes Wasser oder eine Trinkmahlzeit aus Thee, Wasser und Malzextrakt reichen. Verf. möchte diese seine Methode der künstlichen Ernährung zum Unterschied von der bis daher üblichen procentischen als volumetrische bezeichnet wissen. (Die näheren Zahlenwerthe müssen in den beigegebenen Tabellen nachgesehen werden.)

Goldschmidt (Nürnberg).

---

7. **Biedert.** Die Nahrungsberechnung für den Säugling.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 17.)

Die Arbeit wendet sich gegen obigen, das gleiche Thema behandelnden Aufsatz von Escherich, in welchem dieser, wie wir sahen, eine neue Anleitung zur Nahrungsberechnung für Säuglinge veröffentlicht. Dem gegenüber hält B. an seiner Methode, die mit dem Körpergewicht der Kinder rechnet, fest, und bestimmt die Nahrung so, dass er auf das Kilo Körpergewicht des Kindes ca. 200 g der Rahmmischungen und Kuhmilchverdünnungen rechnet und durch Multiplikation dieser Zahl mit der Anzahl Kilo, die das Kind wiegt, die Gesammtnahrungsmenge für 24 Stunden berechnet; mit zunehmendem Alter wird die Mischung immer koncentrirter; will man den stärkeren Wasserzusatz vermeiden, so kann man als Multiplikationsziffer statt 200 auch 150 nehmen, also für jedes Kilo Kind 160 ccm Nahrung und bis zu 50 ccm Wasser weniger geben. B. glaubt daher, dass mit seiner Vorschrift Alles, was auch Escherich erstrebt, zu erreichen, dass dieselbe leicht ausführbar sei und ein Anschmiegen an die Individualität des Kindes und des Falles gestatte, was für eine rationelle Behandlung unentbehrlich ist.

Goldschmidt (Nürnberg).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **Openchowski** (Dorpat). Zur pathologischen Anatomie der geschwüfigen Processe im Magendarmtractus.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. p. 347.)

Verf. untersuchte im pathologischen Institut zu Straßburg eine Reihe von Hämorrhagien, Erosionen und Geschwüren im Magen und Duodenum und fand in allen Fällen eine Gefäßerkrankung, die sich meist in einer hyalinen Degeneration der Wandung oder in hyalinen Thromben äußerte. Er glaubt diese Veränderung in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Entstehung einzelner katarrhalischer Geschwüre bringen zu dürfen.

Hansemann (Berlin).

9. **Bucquoy.** Étude clinique sur l'ulcère simple du duodénum.

(Arch. génér. de méd. 1887. p. 398. 526. 691.)

Monographie über das Ulcus duodeni. Die Kasuistik ist um 5 Fälle bereichert. Für die Diagnose hebt B. als besonders wichtig hervor: Darmblutungen, die in-

mitten scheinbarer Gesundheit auftreten, sich einige Tage nach einander mit größerer oder geringerer Intensität wiederholen, hier und da auch Hämatemesis, wenn Blut rückwärts in den Magen fließt.

Im Falle Schmerzen bestehen, so haben sie ihren Sitz unterhalb der Leber, etwas zur Rechten der Linea alba zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm.

Von Digestionsstörungen werden am häufigsten Kolikanfälle von oft großer Heftigkeit beobachtet, bald mit, bald ohne Störungen der Verdauung. Die Kolikanfälle treten meist erst 3—4 Stunden nach der Nahrungsaufnahme auf.

Die Prognose glaubt B. nach seinen Erfahrungen verhältnismäßig günstig stellen zu dürfen.

Für die Behandlung wird nichts wesentlich Neues gebracht.

Seifert (Würzburg).

10. **E. Burchardt** (Straßburg). Eine neue Amyloidfärbung.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. p. 432.)

Isolirte Färbung an gehärteten Schnitten durch Anilinwasser-Gentianaviolett und Entfärbung in dünner Salzlösung, besonders geeignet für Untersuchende mit nicht normalem Farbensinn. Das Colloid der Schilddrüse giebt allein noch dieselbe Reaktion. **Hansemann** (Berlin).

11. **Renvers.** Zur Kasuistik und Behandlung der Empyeme.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang. p. 188—227.)

Es wurden auf der 1. med. Klinik in der Charité seit August 1887 15 Empyeme behandelt: 3 einfach metapneumonische Empyeme (mit Pneumoniekokken im Eiter), 3 komplicirte metapneumonische, d. h. solche, bei denen der Pneumoniecoccus nicht ausschließlich vorhanden war; im Anschluss an ulceröse Processe in den Lungen trat 2mal, sekundär bei puerperaler Sepsis resp. Leberabscess 3mal, bei Tuberkulösen 4mal Empyem auf. Bei den ersterwähnten metapneumonischen Empyemen war eine einmalige Entleerung durch Aspiration erfolglos, während die spätere Radikaloperation zur Heilung führte; bei den übrigen Fällen wurde nur unter besonders ungünstigen Verhältnissen zunächst oder dauernd auf die Radikaloperation verzichtet und Punktion oder Punktionsdrainage ausgeführt (unter 3 Fällen eine Heilung). Von im Ganzen 12 Radikaloperationen mit Rippenresektion verliefen 6 ungünstig. Bei Tuberkulösen wurde 4mal mit Resektion operirt und hierbei 2mal relative Heilung erzielt. **H. Neumann** (Berlin).

12. **S. C. Smith.** Gangrenous abscess of the lung treated by incision and drainage; recovery.

(Lancet 1889. Juli 20.)

Eine 39jährige Frau erkrankte Anfangs März mit Fieber, Prostration und Husten. Nach einigen Tagen wurde der Auswurf fötid, blieb jedoch an Menge sehr gering, obwohl häufige Hustenanfälle, die stundenlang andauerten, eintraten. Bald stellte sich rechts hinten direkt unterhalb der Scapula, jedoch nicht ganz bis zur Basis reichend, mäßige Dämpfung ein. Über dieser Stelle fehlte das Athemgeräusch, nur beim Husten wurden schwache Rasselgeräusche vernommen. Da sich der Zustand fortwährend verschlechterte und an der bezeichneten Stelle deutlich Höhlensymptome auftraten, auch der Auswurf sich erheblich vermehrte, wurde am 12. Mai durch Incision die Höhle eröffnet und drainirt. Hierbei wurde sehr wenig intensiv fötide Masse entleert. Trotz dieser geringen Entleerung war von der Operation an der Auswurf nicht mehr fötid und es trat in wenigen Wochen Heilung ein. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

13. **E. Leyden.** Über den Morbus Brightii bei Schwangeren und Gebärenden.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang. p. 129—150.)

L. bringt weitere kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Schwangerschaftsniere und verwandter Affektionen; am interessantesten ist Fall 1, welcher zur

Sektion kam, besonders dadurch, dass die Pat. schon vor zwei Jahren bei der Entbindung Eklampsie gehabt hatte.

1) 26jährige Frau, wird am 17. December somnolent in die Charité gebracht. Pat. hatte am Tage zuvor abortirt, mit starkem Blutverlust, und war bei ihrer vorigen Entbindung vor zwei Jahren gleichfalls bewusstlos gewesen, hatte dabei auch Krämpfe gehabt. — Pat. ist völlig bewusstlos, blass, hat ein eingefallenes Gesicht und etwas cyanotische Lippen. Radialpuls sehr klein und frequent; Temperatur dem Gefühle nach nicht erhöht; Respiration 36, tief, angestrengt. Zeitweise Stöhnen. Keine Genitalblutung. Augen geschlossen, sind ohne Widerstand zu öffnen. Pupille ad maximum kontrahirt, ohne Reaktion auf Licht. Pat. erhielt Analeptica. Nach einer Stunde eklamptischer Anfall.

Am 18. December der gleiche Allgemeinzustand. Urin (durch Katheter entleert) 300 ccm, dunkel, trübe, alkalisch, spec. Gewicht 1028, stark eiweißhaltig. Mikroskopisch im Sedimente: rothe und weiße Blutkörperchen, granulirte Cylinder. Leichtes Ödem um die Malleolen. — Ausgesprochene Krampfanfälle treten nicht mehr auf, doch wurden mehrfach kurze Zuckungen in den Augenlidern und Extremitäten beobachtet; die Masseteren zeigten leichte Kontraktur. Puls dauernd um 100, Temperatur etwas erhöht (ca. 38,5°), Respiration beschleunigt, 30 und darüber. Am 19. December erfolgte der Tod unter Collapserscheinungen. Sektion. An den übrigen Organen nichts Besonderes. Uterus frisch puerperal; keine Spuren von Sepsis. Nieren mittelgroß, Kapsel etwas schwer abziehbar, Substanz ziemlich derb. Oberfläche glatt, Rindensubstanz ziemlich schmal, blass, gelbgrau. Mikroskopisch: fettige Degeneration (Infiltration) des Parenchyms, vorherrschend in den gewundenen Kanälchen. Auch das Epithel der Glomeruli zeigt ausgesprochene fettige Degeneration. Die Gefäße und das interstitielle Gewebe völlig intakt. Eine Anzahl von Glomeruli in der Rinde ist geschrumpft. Verf. deutet Letzteres als anatomischen Ausdruck der vor 2 Jahren beobachteten Eklampsie.

2) Eine 30jährige, zum zweiten Male entbundene Frau bekam im Puerperium ein parametritisches Exsudat, im Anschluss daran eine septische Nephritis und am 28. und 29. Tage des Wochenbettes eklamptische Anfälle. Der noch vor wenigen Tagen normale Urin war verringert und stark eiweißhaltig und zeigte die für eine akute Nephritis charakteristischen morphotischen Elemente. Nach Aufhören der Krämpfe nahm der Eiweißgehalt des Urins rasch ab, auch das Sediment wurde immer geringer; bei der Entlassung der Kranken, ca. 6 Wochen darauf, war Alles wieder normal.

3) Eine 31jährige Frau, einmal normal, das zweite Mal von einer Blasenmole entbunden, wurde im vierten Monat ihrer dritten Gravidität ödematös und kurzathmig. Bei der Aufnahme in die Charité wurde eiweiß- und bluthaltiger Urin konstatirt. Bald traten Blutungen aus den Genitalien ein, und Pat. wurde wieder von einer Traubenmole entbunden. Der Eiweißgehalt des Urins verlor sich nach ca. 14 Tagen, die Ödeme persistirten länger. Es entwickelte sich bei der Kranken ein pleuritisches Exsudat, das durch Punktion entleert wurde, später sich wieder ansammelte und eitrig wurde, so dass Incision und Rippenresektion erforderlich wurden. Danach trat definitive Rekonvalescenz ein; der Urin blieb dauernd eiweißfrei.

4) Von J. Veit wurde folgender Fall beobachtet: 17jährige Person, unbekannt seit wie lange schwanger. Seit 5 Monaten unregelmäßiger Blutabgang, der seit 4 Wochen andauert und seit 8 Tagen sehr stark ist. Angeblich erst seit 3 Tagen Ödem der Beine. Urin sehr stark eiweißhaltig. Bedeutende allgemeine Anämie. Muttermund eröffnet; Blasenmole zu fühlen. Pat. wird in die Klinik gebracht, in Narkose der Uterus ausgeräumt; atonische Blutung, Collaps, Tod. Sektion: allgemeine Anämie, Nephritis parenchymatosa, unregelmäßiger Abgang der Intercostalarterien, kleines Herz.

5) Von Sanitätsrath Hentschel beobachteter Fall. 34jährige Frau, hat 5 Entbindungen normal überstanden. Pat. wurde aufs Neue schwanger, hatte die ihr von früher her bekannten Beschwerden, nur in viel stärkerem Maße. Es war der 3. Monat der Gravidität. Gedunsenes Gesicht, Ödem an den Knöcheln, Eiweiß im

Urin, der mikroskopisch die Charaktere akuter Nephritis zeigt. Abort am Ende des 3. Monats. Anfangs ging Alles glatt; am 12. Tage aber trat Fieber ein, unter Steigerung der nephritischen Symptome. Zeitweise Schüttelfröste. Multiple phlebitische Herde, die ohne Eiterung sich wieder zertheilten; rechtsseitiges pleuritisches Exsudat. Die neuen Lokalisationen kündigten sich durch erneutes Fieber an und waren mit Steigerung des Eiweißgehaltes im Urin verbunden, welcher dann rasch wieder abnahm. In dieser Weise zog sich die Krankheit 6 Monate lang hin; es trat allmählich wesentliche Besserung ein, jedoch war der Urin noch nicht ganz normal geworden, zeigte noch eine Spur Albumen. Am Herzen und am Pulse waren keine Anomalien nachzuweisen. **Küssner** (Halle).

14. **Bókai.** Ein Fall von Rachendiphtherie mit komplicirtem Verlaufe.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 31.)

Fall von Diphtherie bei einem 8jährigen Knaben, bei welchem in der Rekonvalescenz plötzlich Konvulsionen auftraten, nach deren kaum minutenlanger Dauer totale rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie zu konstatiren war. Das rasche Auftreten der Lähmung und ihre große Ausdehnung führten zur Annahme einer Hirnembolie; wahrscheinlich hatte sich in den Herzhöhlen ein marantischer Thrombus gebildet, von welchem das embolische Material geliefert wurde. Der Fall war außerdem noch dadurch interessant, dass innerhalb von 48 Tagen 3mal eine pneumonische Infiltration in ein und demselben Lungenlappen auftrat. Um die Zeit, als diese Pneumonien abklangen, kamen auf der Abtheilung, wo sich der Kranke befand, krupöse Pneumonien relativ häufig vor. **Seifert** (Würzburg).

15. **Rosenheim.** Ein Fall von Embolie der Arteria radialis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 9.)

Ein bis dahin angeblich gesunder 45jähriger Mann erkrankt plötzlich mit krampfartigen Schmerzen, die er ins Epigastrium verlegt und die einerseits mit Dyspnoe einhergehen, andererseits von Cerebralerscheinungen (Flimmern, Sprachstörung) begleitet werden. Im Verlaufe einer weiteren Attacke kommt es zu einer plötzlichen Cirkulationsunterbrechung im Hauptgefäß des linken Vorderarmes. In dem Winkel zwischen M. supinator longus und M. pronator teres konnte man einen 2 cm langen, federkieldicken, druckempfindlichen Strang abtasten, der sich in den M. supin. longus hinein undeutlich verliert. Der Puls der linken Art. radialis fehlte, der der Ulnaris war im unteren Drittel des Vorderarmes nur minimal und viel schwächer als der rechte vorhanden. Die betreffende Extremität war kühl und blass ohne erhebliche Ernährungsstörung. Sämmtliche Erscheinungen bildeten sich im Verlaufe von Wochen fast ganz zurück.

Das Zustandekommen der Cirkulationsstörung wird erklärt durch eine Embolie der Arteria radialis, der Embolus ragte wahrscheinlich auch noch in das Lumen der Art. brachialis hinein, wodurch die Cirkulation in der Art. ulnaris beeinträchtigt wurde. Welcher Art die Herzerkrankung war, die zur Bildung embolischen Materials führte, konnte nicht festgestellt werden. **Seifert** (Würzburg).

16. **Eugène Revilliod.** Anomalie du coeur chez un enfant de trois mois. Ventricule unique, oreillettes incomplètement séparées; anomalies artérielles et veineuses.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1889. März 20.)

Ein 3monatliches Kind, welches während des Lebens die bekannten Erscheinungen des Morbus coeruleus bot, während über dem Herzen ein systolisches Geräusch vernehmbar war, ging an einer Bronchopneumonie zu Grunde. Bei der Sektion fand sich ein Herz, welches nur drei Hohlräume aufwies. Es war nur ein Ventrikel vorhanden, aus welchem die Art. pulmonal. und die Aorta entsprangen, beide getrennt durch ein 5 mm breites Muskelband, die einzige Spur des Septum der Herzkammern. Der Ventrikel ist durch eine breite Öffnung mit dem linken Vorhof verbunden. Die Vorhöfe kommuniciren durch eine breite Öffnung unter einander und nehmen auf 2 Hohlvenen und 2 Pulmonalvenen.

P. Meyer (Berlin).

17. **Smirnoff.** Ist der Aussatz ansteckend?

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 7.)

S. theilt kurz eine Krankengeschichte mit, aus welcher wir hervorheben, dass ein gesunder Ehemann 15 Jahre hindurch mit seiner leprösen Frau lebte, ohne von ihr angesteckt zu werden. Wenn gleich dieser Fall gegen die Lehre von der Kontagiosität der Lepra spricht, so darf andererseits doch nicht die Abnahme der Krankheit aus den Augen gelassen werden, welche man in Norwegen durch Isolirung der Kranken erzielt hat. Auch S. kommt zu dem Resultat, dass »nur das genaue Studium einer großen Anzahl von Fällen entscheiden kann, in wie weit und unter welchen Bedingungen die Lepra als ansteckend zu betrachten ist«.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

18. **T. C. Railton.** Tubercular tumour in the right lobe of the cerebellum.

(Med. chronicle 1889. Juli.)

Der Beginn der Krankheit, die einen 5jährigen Knaben betraf, zeigte sich mit gelegentlich auftretendem Erbrechen, Stirnkopfschmerz und unsicheren Gang. In kurzer Zeit entwickelte sich völlige Erblindung. Die Gliedermuskulatur wurde nach und nach rigider, in den Händen deutete sich Intentionstremor an; später war Fußklonus zu erhalten, die Kniephänomene wurden lebhafter. In den 3 Monaten des Leidens traten kurz hinter einander 2 epileptiforme Anfälle auf, nach denen sich allgemeine Lähmung einstellte; die Pupillen reagirten kaum auf Licht. In dem Gesicht und den Gliedern markirten sich gelegentlich Zuckungen. Das Kind wurde komatös und starb etwa 4 Wochen nach jenen oben angeführten Anfällen.

Die Sektion ergab einen walnussgroßen Konglomerattuberkel, welcher in dem hinteren unteren Abschnitte des rechten Kleinhirnlappens lag und nach hinten mit breiter Basis auf der Dura aufsaß. **J. Ruhemann** (Berlin).

19. **J. A. Booth.** Tumor of the cerebellum.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1889. No. 3.)

Ein 10jähriges Mädchen, das in letzter Zeit abmagerte und bleiche Hautfarbe zeigte, hatte wiederholt Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen. Es bestand beträchtliche motorische Schwäche. Die weiten Pupillen reagirten nicht auf Licht. Parese des rechten Abducens; kein Nystagmus, keine ophthalmoskopischen Veränderungen. Die Kniephänomene fehlten. Hyperästhesie an Kopf und Nacken. Die hinteren Cervikaldrüsen waren geschwollen. Puls 100, unregelmäßig, Fieber. Diagnose auf Meningitis tubercul. gestellt. Nach Jodkalitherapie verschlechterte sich freilich das Allgemeinbefinden, aber die Abducensparese verschwand, die Pupillen wurden enger und reagirten auf Licht. Neuritis optic. incipiens. Später zeigten sich 5—6mal am Tage Krampfanfälle. Nunmehr wurde eine Cerebellargeschwulst angenommen.

Die Konvulsionen ließen nach, aber es entwickelte sich völlige Opticusatrophie und Erblindung. Im weiteren Verlaufe traten bulbäre Symptome, Dysarthrie, Deglutitionsbeschwerden und Polyurie auf. Linker Arm und beide Beine spastisch gelähmt, rechts Facialisparalyse. Gegen Ende des Lebens zeigten sich Disdiastase der Coronal- und Sagittalnaht und leichter Exophthalmus.

Die stark verdickte Dura enthielt klare Flüssigkeit, die Gehirnwindungen waren abgeflacht, die Gehirnmasse und Medulla erweicht. Hydrocephalus internus. Zwischen den Lappen des Kleinhirns — mit dem rechten verwachsen — lag ein mächtiges Angiosarkom, das in den 4. Ventrikel hineinragte, die Medulla nach links drängte und das rechte Crus cerebelli komprimirte. **J. Ruhemann** (Berlin).

20. **M. Joseph.** Über Geschwülste des 4. Ventrikels.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. p. 349.)

Zwei genau beschriebene Fälle von Angiom des 4. Ventrikels, welche trotz guter Beobachtung keine charakteristischen klinischen Symptome erkennen ließen.

Bemerkenswerth ist der differentiell-diagnostisch der Bulbärparalyse gegenüber zu verwerthende Befund, dass in beiden Fällen keine Erscheinungen von Seiten des Facialis bestanden. Auch ließ sich im Harn kein Zucker nachweisen, noch bestand Polyurie oder erhebliche Störungen der Athmung und Cirkulation, welche auf eine Erkrankung der Medulla hinweisen konnten.

A. Cramer (Eberswalde).

21. **R. P. Howard** (Montreal). Case of bilateral ophthalmoplegia externa and interna associated with tabes dorsalis, bulbar paralysis and loss of vision and hearing.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. März.)

Bei einem bisher gesunden 54jährigen Manne zeigten sich Anfangs Kopfschmerz, Jähzorn, Doppeltsehen, Schielen und geringe Ptosis auf dem linken Auge, Symptome, die langsam wieder verschwanden. 5 Monate später entwickelten sich rechts Strabismus und Ptosis. Einige Monate später traten Schwerfälligkeit im Sprechen, Kau- und Schluckbeschwerden auf. Die Potenz schwand. Später stellte sich auf beiden Ohren Taubheit ein, die Sehkraft auf dem rechten Auge erlosch; es zeigten sich häufig Collapsanfälle.

Die Pupillenbewegungen sind aufgehoben, beide Augen völlig immobil. Kniephänomen fehlt; Anästhesie beider Corneae und Aufhebung der Cornealreflexe, Atrophia nerv. opticor., Berührungs- und Temperaturgefühl in einigen Zweigen der Quinti beeinträchtigt oder geschwunden. Paresis glossolabialis. Ataktische Erscheinungen fehlen.

J. Ruhemann (Berlin).

22. **K. Schaffer.** Ein Fall von Alkoholparalyse mit centralem Befunde.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 6.)

S. untersuchte das Rückenmark einer 47jährigen, dem Trunke ergebenen Tagelöhnerin, welche an Alkoholparalyse gelitten hatte und fand hauptsächlich in dem lumbalen Segment der Medulla Atrophie der Vorderhornganglienzellen. Einzelne Zellen der Clarke'schen Säulen zeigten ebenfalls ein atrophisches Aussehen. Diffus zerstreut im ganzen Rückenmark, hauptsächlich und in großer Anzahl in den Hintersträngen fanden sich, auch chemisch erwiesene, Amyloidkonkretionen vor. Die vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln waren intakt.

J. Ruhemann (Berlin).

23. **F. Hitzig.** Beiträge zur Lehre von der progressiven Muskelatrophie. III. Über spinale Dystrophien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 28. p. 630.)

Eine 24jährige, in frühester Kindheit von Kinderlähmung befallene Dame starb ziemlich plötzlich in H.'s Klinik, in welche sie wegen Geisteskrankheit Aufnahme gefunden hatte. Makroskopisch fand sich rechts der Triceps surae und die Muskeln des Fußes erkrankt. Der Wadenumfang rechts 6 cm geringer als links. Die Muskeln der Wade sahen wie fetter Speck, an der Peripherie wie durchwachsener Speck aus. Nervus peroneus und tibialis deutlich atrophisch. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Rückenmark eine Anzahl das Vorderhorn im Lendenmark der Länge nach durchsetzender Herde nebst Veränderungen in den vorderen Wurzeln und Nerven. Die streifige Muskelschicht der Wade zeigte einmal sehr bedeutende Fetteinlagerungen, innerhalb welcher die stellenweise mit einzelnen oder zahlreichen, meist atrophischen, zum Theil aber auch hypertrophischen Muskelfasern besetzten früheren Muskelsepta noch deutlich zu erkennen waren. An anderen Stellen, wo das Fett mehr zurücktrat, fanden sich noch kompakte Bündel von zum Theil atrophischen, zum Theil hypertrophischen (bis zu 175 μ) Muskelfasern. Bei den meisten war die Kontourirung verwaschen. In einzelnen hypertrophischen Fasern Vacuolen. Die hypertrophischen ab und zu zweigetheilten Fasern zeigen eben so, wie die gut sich färbenden normal großen, deutliche Querstreifung. Dieser, dem bei den muskulären Formen sich bietenden Bilde außerordentlich ähnliche ana-

tomische Befund in den Muskeln, welcher in ähnlicher Weise von Heubner und Preisz erhoben wurde und sich auch mit Fällen von Müller, Leyden, Déjerine und Huet, so wie von Joffroy und Acharel in Parallele bringen lässt, hebt das letzte charakteristische Trennungszeichen zwischen den spinalen und muskulären Formen auf, ähnlich wie sich schon früher die klinischen Merkmale als nicht charakteristisch für nur eine der genannten Formen erwiesen hatten. Die veranlassende spinale Störung braucht nach H. nicht in einem völligen Untergang der afficirten spinalen Elemente, sondern nur in einem Fortexistiren derselben unter pathologischen Bedingungen zu bestehen; auf die Weise würde sich die unter Umständen jahrzehntelang andauernde Ernährungsstörung in der Muskulatur am ungezwungensten erklären.

A. Cramer (Eberswalde).

24. **M. Miura.** Zur Genese der Höhlen im Rückenmark.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 435.)

Ein 33jähriger Dachdecker, welcher von Jugend auf an Ziehen in der Lendengegend litt, sonst aber gesund war, fiel vor 9 Jahren von einem hohen Dache und acquirirte eine starke Quetschung der Lendengegend. Vollständige Paraplegie der unteren Extremitäten. Allmähliche Besserung. Nach 8 Jahren ist der Kranke wieder im Stande eine halbe Meile zu gehen, auch die Sensibilität hat sich wieder eingestellt. Patellarreflexe gesteigert. Uriniren wieder regelmäßig. Stuhlgang träge. 8 Jahre nach dem Unfall Exitus letalis unter den Erscheinungen einer schweren Kakke. Die Sektion konstatirte hinter dem Körper des 1. Lendenwirbels eine schwache Knickung des Wirbelkanals. Das Rückenmark zeigte folgende Abnormitäten: 1) Eine Verdoppelung des Rückenmarks in der Gegend des 3. Lendenwirbels (ähnlich dem Falle von Fürstner und Zacher). 2) Höhlenbildungen: a) Erweiterung des Centralkanales bis auf 2 mm vom 7.—10. Brustwirbel und auf 1,5 mm in der Gegend des ersten Lendenwirbelkörpers. b) Entsprechend dem oberen Rande des 2. Lendenwirbelkörpers hinter der hinteren Kommissur eine nicht mit Epithel ausgekleidete cystoide Gewebsspalte, welche in das hintere Septum sich fortsetzend die Goll'schen Stränge aus einander treibt und in der unteren Hälfte des 2. Lendenwirbelkörpers mit dem plötzlich sich erweiternden Centralkanal kommunicirt. Es resultirt auf diese Weise eine Höhle, welche nur im vorderen Theile mit Epithel bekleidet ist. 3) Kompressionsmyelitis (zwischen letztem Brust- und erstem Lendenwirbel am intensivsten, mit sekundärer auf- und absteigender Degeneration. Nach einer kurzen Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Genese der Höhlenbildungen im Rückenmark zieht M. aus seinem Falle folgende Schlüsse: 1) Die syringomyelitische Höhle von Simon zerfällt in einen vorderen Antheil mit Epithel und in einen hinteren Antheil ohne epitheliale Auskleidung, befindlich zwischen beiden Hintersträngen. 2) Die Entstehung des vorderen Antheils, d. h. der Erweiterung des Centralkanals beruht auf einer »kongenitalen Abweichung«. Diese Erweiterung kann nachher durch gewisse Gelegenheitsursachen noch zunehmen. Der zweite Antheil wird erworben und zwar so, dass das hintere Septum und die wahrscheinlich schon bei der Entwicklung abnorm gebildete und desshalb nachgiebigere graue Substanz durch die unter einem vermehrten Drucke stehende »hydropische« Flüssigkeit im erweiterten Centralkanal durchbrochen werden. Das direkt veranlassende Moment ist wahrscheinlich traumatischen Ursprungs oder ein Stauungshydrops durch andere Ursachen. 3) Es sind also Syringo- und Hydromyelie genetisch von gleicher Natur nnd nur graduell verschieden. 4) Findet man in einem Rückenmarke Hydromyelie und wirkliche Gliombildung, so muss man daran denken, ob man nicht zwei verschiedene Krankheitsprocesse vor sich hat. **A. Cramer** (Eberswalde).

25. **Jendrássik.** Zur therapeutischen Anwendung des Antifebrin.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 17.)

J. empfiehlt Antifebrin in Dosen von 0,5—0,75 bei der im Gefolge der Tabes und Dementia paralytica auftretenden hochgradigen Erregtheit, so wie zur Sistirung der Larynxkrisen. Als unangenehme Nebenwirkung des Antifebrin wurde sehr

ausgeprägte Cyanose beobachtet, die jedoch nicht ominös war. Da Dosen von 0,5—0,75 besser wirkten als größere Gaben, so braucht man nicht bis zur Dosis von 1,0 zu gehen. **Seifert** (Würzburg).

26. Brieger. Antifebrinvergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

B. beschreibt eine Vergiftung durch Antifebrin, welches gegen Kopfschmerz zu 0,5 3mal innerhalb einer Stunde eingenommen worden war. Der Zustand war ein sehr bedrohlicher und es mussten energische Reizmittel (Äther, Kaffee, Reiben des Körpers) angewendet werden. Neben der bekannten Cyanose bestand Herzklopfen, Angstgefühl und Doppeltsehen. Der für kurze Zeit geschwundene Kopfschmerz kehrte bald wieder. **Rosin** (Breslau).

27. Lindenborn. Über dithiosalicylsaures Natron II.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 25.)

L. gab das Natron dithiosalicylicum II in 4 Fällen von polyartikulärem und in 1 Falle von monartikulärem Gelenkrheumatismus und in 1 Falle von Gonitis gonorrhoica mit sehr gutem Erfolg in Dosen von 0,2, 2—5mal täglich. Es trat nie Erbrechen, nie Ohrensausen ein; keine Nebenwirkung auf Herz und Gefäße; kein Collaps. Als Antipyreticum wurde das Na. dithiosal. bei einem Phthisiker versucht ohne Resultat. Wie L. selbst bemerkt, ist die Zahl seiner Versuche viel zu gering, um irgend ein abschließendes Urtheil über das Präparat fällen zu können. **E. Levy** (Straßburg i/E.).

28. Kurloff. Sparteïnum sulfur. als Herzmittel. (Aus dem medic.-klin. Institut zu München.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat das Sparteïnum sulfur. bei einer Reihe von Herzkranken in Anwendung gezogen in Dosen von 0,1, 5mal täglich und dabei sehr ungleichmäßige Resultate erhalten. In der einen Gruppe der Fälle wurde der Blutdruck vorübergehend erhöht, die Harnabsonderung vermehrt, ohne dass eine Besserung des Allgemeinbefindens eintrat; in einer zweiten Reihe von Fällen war die Hebung der Herzthätigkeit eine andauernde, und es trat vollkommene Besserung ein; bei der dritten Gruppe war nur eine unbedeutende Besserung des subjektiven Befindens mit sehr geringfügiger Erhöhung des Blutdruckes, aber kein Einfluss auf die Harnabsonderung wahrnehmbar; in anderen Fällen endlich ließ sich überhaupt gar kein Einfluss des Medikamentes nachweisen. Am wirksamsten zeigte es sich bei den ersten Kompensationsstörungen; eine rasche Wirkung des Sparteïns ließ sich aber weder sphygmographisch, noch durch Messung des Blutdruckes konstatiren, in der Regel machte sie sich erst am folgenden Tage geltend. **Markwald** (Gießen).

29. Rabow. Über Hyoscin.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

R. hat das Hyoscin (hydrobrom, hydrojod, hydrochlor) stets in kleinen Dosen angewandt. Er hat, da er nie über 0,002 pro die hinausgegangen ist, noch keine beängstigenden Erscheinungen dabei wahrgenommen. Mit der Wirkung ist er bei gewissen Erkrankungen überaus zufrieden. Tobsüchtige Irre beruhigten sich schnell durch $^1/_3$—$^1/_2$ mg, ein Delirant durch $^2/_3$ mg, bei Chorea und Paralysis agitans wirken selbst Gaben von 0,2—0,3 mg. Als Schlafmittel wirkt es dagegen erst in größeren, nicht ganz sicher unschädlichen Dosen von 0,001 g. Desshalb dürften andere Medikamente zur Schlaferzeugung immer vorzuziehen sein. Die subkutane Applikation verwirft R. vollständig. **Rosin** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 5. **Sonnabend, den 1. Februar.** **1890.**

Inhalt: **Minkowski**, Über die Folgen partieller Pankreasexstirpation. (Original-Mittheilung.)

1. **Horsley**, Hirnlokalisation. — 2. **Allen Starr**, Sensorische Aphasie. — 3. **Grawitz**, 4. **Weigert**, Eiterungslehre. — 5. **Reichmann**, 6. **Peiper**, 7. **Alt**, 8. **Halász**, Chloralamid. 9. **Tedeschi**, Massage bei Bleiintoxikation. — 10. **Kuttner**, Immisch'sche Thermometer. — 11. **Grusdew**, Magensaft bei Schwindsüchtigen. — 12. **Geigel**, Hepatitis suppurativa und Cholelithiasis. — 13. **Wagner**, Kongenitale Atresie der A. pulmonalis. — 14. **Aye**, Gymnastik bei Diabetes. — 15. **Neftel**, Tabes. — 16. **Marie**, Akromegalie. — 17. **Ollivier**, Hysterischer Husten beim Kinde. — 18. **v. Krafft-Ebing**, Heilung von angeborener konträrer Sexualempfindung durch Hypnose. — 19. **Östreicher**, Hydracetin bei Psoriasis.

Bücher-Anzeigen: 20. **E. Leyden**, Arbeiten aus der ersten medicinischen Klinik zu Berlin. — 21. **Eichhorst**, Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden. — 22. **Hirt**, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.

(Aus dem Laboratorium der medicinischen Klinik zu Straßburg.)

Über die Folgen partieller Pankreasexstirpation.

Von

Dr. O. Minkowski.

In No. 52 des Lyon médical 1889 erwähnt Lépine einige Versuche, welche zum Theil eine Bestätigung, zum Theil eine Berichtigung der von v. Mering und mir[1] über den Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation mitgetheilten Beobachtungen ergeben haben.

Die von den unsrigen abweichenden Resultate Lépine's beziehen sich hauptsächlich auf die Folgen der partiellen Exstirpation des Pankreas, nach welcher Lépine ebenfalls Zuckerausscheidung im Harne beobachtet hat; ich sehe mich daher veranlasst, über diesen Punkt aus den Ergebnissen der von mir noch weiter fortgesetzten Untersuchungen Folgendes mitzutheilen:

Nach partieller Exstirpation des Pankreas tritt, wie v. Mering

[1] Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. Hft. 5 u. 6.

und ich es angegeben haben, ein Diabetes mellitus in der Regel nicht auf, selbst wenn das zurückgebliebene Stück der Drüse mit dem Darm nicht mehr in Verbindung steht. Doch darf dieses Stück nicht zu klein sein: In 2 Fällen, in welchen die zurückgebliebenen Theile nur etwa $^1/_{12}$ bezw. $^1/_{15}$ des Organs betrugen, beobachtete ich das Auftreten eines Diabetes mellitus schwerster Form, ähnlich wie nach der Totalexstirpation. Allerdings ist es nach dem Ergebnisse der anatomischen Untersuchung zweifelhaft geblieben, ob in diesen Fällen die zurückgebliebenen Theile der Drüse überhaupt noch funktionirt hatten.

In 2 anderen Fällen trat nach der partiellen Exstirpation eine vorübergehende Zuckerausscheidung auf, die nur wenige Stunden anhielt und später auch nach reichlicher Kohlehydratfütterung nicht mehr wiederkehrte. Diese vorübergehende Glykosurie durfte wohl als eine Folge der Läsionen betrachtet werden, welche der Rest des Pankreas bei der Operation erlitten hatte.

In einem Falle gelang es mir durch die partielle Exstirpation des Pankreas einen Diabetes zu erzeugen, welcher der leichten Form dieser Krankheit beim Menschen entsprach. Es handelte sich um einen Hund von 12 kg Gewicht, bei welchem ein 32 cm langes und 31 g schweres Stück des Pankreas entfernt wurde, und nur die äußerste Spitze des unteren Schwanzendes in einer Ausdehnung von ca. 3 cm stehen blieb. Dieser Hund entleerte in den nächsten 5 Tagen keinen Zucker im Harne, auch nicht nachdem er mit Fleisch und Milch gefüttert wurde. Nach reichlicherer Verabfolgung von Kohlehydraten trat indessen Zucker im Harn auf. Nach Eingabe von 20 g Traubenzucker wurden ca. 7 g im Harn ausgeschieden. Bei Fleischfütterung schwand der Zucker aus dem Harn, um nach Verabfolgung von Rohrzucker wieder in größerer Menge aufzutreten.

Es war demnach in diesem Falle nach der partiellen Pankreasexstirpation eine Beeinträchtigung jener specifischen Funktion dieser Drüse zu Stande gekommen, deren vollständiger Ausfall nach der Totalexstirpation die schwere Form des Diabetes bewirkt.

Die Hunde, welche nach der partiellen Pankreasexstirpation nicht diabetisch wurden, zeigten, im Gegensatz zu den diabetischen, ausnahmslos eine sehr glatte und rasche Wundheilung. Es dürfte sich daher für die Ausführung der Totalexstirpation folgendes Verfahren empfehlen: Zunächst werden diejenigen Theile der Drüse entfernt, deren Abtragung mit größeren technischen Schwierigkeiten verbunden ist, und nur ein leicht zugängiger, doch nicht zu kleiner Theil, etwa das ganze untere Schwanzende, zurückgelassen. Bei einigermaßen sorgfältiger Handhabung der Antisepsis lässt sich alsdann sowohl Peritonitis wie Darmnekrose mit Leichtigkeit vermeiden. Ist nach dieser Operation rasche Heilung ohne Eiterung erfolgt, so kann man den Rest der Drüse durch eine Operation entfernen, die viel weniger eingreifend ist und auch von den diabetischen Thieren leicht überstanden wird.

Ich bemerke noch bei dieser Gelegenheit, dass über den Ein-

fluss der Pankreasexstirpation auf die Ausnutzung der Nahrungsstoffe im Darmkanal zur Zeit auf meine Veranlassung im Laboratorium der hiesigen medicinischen Klinik von Herrn Abelmann aus Dorpat Untersuchungen ausgeführt werden, aus deren bisherigen Ergebnissen ich hier nur Folgendes erwähnen möchte: Nach der Totalexstirpation des Pankreas können selbst kleinere mit der Nahrung eingegebene Fettmengen (z. B. 25—50 g Öl oder Lipanin) aus den Fäces vollständig wiedergewonnen werden. Die Ursache der aufgehobenen Resorption ist aber nicht etwa in dem Ausbleiben der Fettspaltung zu suchen. Denn in dem ausgeschiedenen Fette konnten bis zu 80% freie Fettsäuren nachgewiesen werden.

---

1. **V. Horsley.** Die Funktionen der motorischen Region der Hirnrinde.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 38.)

H. ist der Ansicht, dass alle Hirnlokalisation wahrscheinlich »fokaler« Natur sei. In Übereinstimmung mit Hughlings-Jackson glaubt er, »dass an jeder beliebigen Stelle der Hirnrinde jede einzelne Körperstelle repräsentirt sei, dass andererseits aber auch eine solche gegebene Stelle der Hirnrinde in erster Linie das Centrum für einen bestimmten Körpertheil bilde, während die übrigen Theile an dieser Stelle nur in untergeordneter Weise und mit geringerer Intensität lokalisirt seien«. Bei seinen in Gemeinschaft mit Beevor unternommenen Untersuchungen über den näheren Charakter der durch Reizung der Hirnrinde hervorzurufenden Bewegungen (z. B. ob Flexion oder Extension) und über die Frage, welches der in einer bestimmten Rindenregion am stärksten repräsentirte Körpertheil sei, hat er die »minimalen Centren« durch minimale Reizung abgegrenzt und auf diese Art den Nachweis führen können, dass die Lokalisation in der That an einem bestimmten Punkte für einen bestimmten Körpertheil am stärksten ist und von diesem Punkte aus an Intensität allmählich abnimmt. (Dieses Ergebnis stimmt mit den Angaben Exner's über das Abklingen der Rindenfelder überein. Ref.) In folgendem Schema sucht H. das von ihm beim Affen Gefundene zu veranschaulichen.

Schema der Centren in der aufsteigenden Parietalwindung.

(Macacus simius.)

Ebene d. unteren Enden des Sulc. inter-parietalis.	Ebene der Fissura Rolandi							Ebene d. Sulc. frontal. sup.
motorisches Feld des Gesichts	**Daumen**	**Daumen** Zeigefinger Finger Handgelenk Ellbogen	**Zeigefinger** Daumen *Finger* Handgelenk Ellbogen	**Finger** Handgelenk Daumen Ellbogen Schulter	**Handgelenk** Finger Fllbogen *Schulter* Daumen	**Ellbogen** Schulter Handgelenk Finger Daumen	**Schulter** Ellbogen Handgelenk Finger	**Schulter** Ellbogen Handgelenk

Ref. bemerkt, dass H. auf dem ersten internationalen Physiologenkongress in Basel die durch minimale Reizung der Hirnrinde des Affen zu erhaltenden isolirten Bewegungen des Daumens, der Zunge etc. in überzeugender Weise demonstrirt hat.

In Gemeinschaft mit Gotch hat H. ferner im galvanischen Verhalten des mittels des Kapillarelektromotors untersuchten Rückenmarkes (ebenfalls beim Affen) einen Beweis für die Rindenlokalisation gefunden. Ist die Schnittfläche des Dorsalmarkes (Pyramidenstrang) mit dem Elektromotor verbunden, so ist zu bemerken, »dass selbst eine relativ starke Reizung irgend eines Theiles des sogenannten motorischen Rindengebietes, das Vertretungsgebiet der unteren Extremität ausgenommen, am Elektromotor keine Wirkung hervorbringt, wogegen, wenn die Reizelektroden die Grenzen zwischen dem Gebiet für die oberen und unteren Extremitäten überschreiten, eine lebhafte und charakteristische tonische und später klonische Bewegung des Quecksilbers in der Elektromotor-Kapillarröhre entsteht«.

Die von H. gemachten klinischen Beobachtungen, deren Hauptergebnisse er wieder durch ein Schema erläutert, sprechen seiner Meinung nach für die »fokale« Lokalisation auch beim Menschen.

Die Centren der Rinde erklärt H. mit Bastian für »kinästhetische«, d. h. er ist der Ansicht, dass in dem motorischen Centrum auch die Sensibilität vertreten ist; die Art der hier vertretenen Empfindung ist eine doppelte: eine schwache Tastempfindung und der Muskelsinn, und zwar für diejenigen Körpertheile, die durch Reizung der betreffenden Partie in Bewegung versetzt werden. Die ästhetische Funktion dieser Centren ist nach H. um so stärker entwickelt, je tiefer man in der Thierreihe hinabsteigt; aber sie ist auch bei den höchsten Thieren und beim Menschen vorhanden.

O. Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **Allen Starr.** The pathology of sensory aphasia, with an analysis of fifty cases in which Broca's centre was not diseased.

(Brain 1889. Juli.)

Die Lehre von der Aphasie hat durch das genauere Studium der elementaren Ausfallserscheinungen, unter Berücksichtigung aller Komponenten des Objekt- und Wortbegriffes, in den letzten Jahren bedeutend an Klarheit gewonnen. Insbesondere führte bei der sensorischen Aphasie die feinere klinische Analyse zu einer Mannigfaltigkeit anatomischer Postulate, mit denen die Verschiedenheit der aufgefundenen Lokalisation in Fällen, die vordem ohne Unterschied unter den Sammelnamen der sensorischen Aphasie fielen, immer befriedigender sich zu decken beginnt.

Die Untersuchungen S.'s, die an das bekannte resumirende Referat Naunyn's (Kongress für innere Medicin 1887) anschließen,

dringen in dieser Forschungsrichtung weiter vor. 50 kritisch ausgewählte, in übersichtlicher Tabelle zusammengestellte Fälle von sensorischer Aphasie ohne Betheiligung der Broca'schen Windung bilden die Grundlage der Arbeit. Sitz der Läsion war:

G. temporal. sup.	in 38	Fällen,
G. temporal. med.	in 27	»
Lob. pariet. inf.	in 21	»
G. angularis	in 25	»
G. supramarginalis	in 12	»
L. occipitalis	in 19	»

In den 7 Fällen reiner Worttaubheit war die Läsion auf die hinteren zwei Drittel der oberen und mittleren Schläfenwindung beschränkt. In die 11 Fälle von mehr oder weniger reiner Wortblindheit, mit oder ohne Seelenblindheit und Hemianopsie theilten sich Affektionen des G. angularis, G. supramarginalis, der zwischen den beiden letzteren gelegenen Windungen des unteren Scheitelläppchens, des Schläfen- und Hinterhauptlappens. Die (25) Fälle von verbaler Amnesie mit Verlust des Wortgedächtnisses für vorgehaltene Objekte, mit oder ohne Worttaubheit und Wortblindheit, umfassen in ihrer mannigfachen Lokalisation das gesammte corticale und subcorticale sensorische Sprachgebiet. Gerade hier kommt, klinisch und anatomisch, Alles darauf an, festzustellen, welche Begriffskomponenten resp. welche Associationsbahnen betheiligt sind. In dieser Beziehung haben besonders die Untersuchungen von Freund über optische Aphasie und Seelenblindheit (Archiv f. Psychiatrie Bd. XX) unsere Kenntnisse gefördert. Die 27 Fälle von Worttaubheit und Wortblindheit, kombinirt mit paraphasischen Störungen, bestätigen wieder einmal, dass die Paraphasie innerhalb des Sprachgebietes eine bestimmte Lokalisation nicht hat.

Auf die Wiedergabe vieler Einzelheiten muss hier verzichtet werden; es genüge noch zu betonen, dass die pathologische Forschung mit Nothwendigkeit dazu führt, die Existenz eines besonderen »Ideationscentrums«, in welchem ein Begriff als fertiges Produkt einer Anzahl von Einzelvorstellungen aus den verschiedenen sensorischen Gebieten deponirt sei, auszuschließen. »Der Gedanke, betrachtet als das Resultat bewusster Vorgänge, die sich auf den Associationsbahnen zwischen Erinnerungsbildern abspielen, kann nicht lokalisirt sein.«

In jedem einzelnen Fall von sensorischer Aphasie — so resumirt Verf. — sind folgende Punkte festzustellen:

1) Die Fähigkeit, Gegenstände durch den Gesichts-, Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks- und Tastsinn zu erkennen;

2) die Fähigkeit, die Namen der Objekte zu finden;

3) die Fähigkeit, die Benennung der Gegenstände zu verstehen;

4) die Fähigkeit, benannte Gegenstände sich vorzustellen;

5) die Fähigkeit, die Sprache zu verstehen;

6) die Fähigkeit, gedruckte oder geschriebene Worte zu verstehen;

7) die Fähigkeit, laut mit Verständnis zu lesen;

8) die Fähigkeit, in Schrift oder Druckschrift benannte Objekte sich vorzustellen;

9) die Fähigkeit, spontan zu schreiben und die Namen vorgehaltener Objekte mit Hilfe des Gesichts-, Gehörsinnes etc. aufzuschreiben;

10) die Fähigkeit zu kopiren und auf Diktat zu schreiben;

11) die Fähigkeit, Selbstgeschriebenes mit Verständnis zu lesen;

12) die Fähigkeit, willkürlich zu sprechen, eventuell mit welchen Defekten;

13) die Fähigkeit nachzusprechen. **Tuczek** (Marburg).

---

3. **P. Grawitz.** Die Entwicklung der Eiterungslehre und ihr Verhältnis zur Cellularpathologie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 23.)

Der Verf. geht bei seiner sehr übersichtlich und klar gehaltenen Zusammenstellung der neueren Untersuchungen auf dem Gebiet der Entzündungs- und Eiterungslehre von der Virchow'schen Cellularpathologie aus. Nach Virchow ist die Entzündung keine Einheit im anatomischen Sinn, das den Entzündungen Gemeinsame ist vielmehr das ätiologische Moment der Reize, welches die Nutrition, Funktion und Cellulation der Gewebsbestandtheile abnorm anregt. Der Reiz braucht nicht im Gegensatz gegen den physiologischen Reiz zu stehen, sondern es kann eine Steigerung der Intensität oder der Dauer den physiologischen Reiz zu einem pathologischen machen. Nach der Qualität der Reize unterscheidet Virchow mechanische, chemische und physikalische, das heißt thermische und elektrische. Die von Virchow aufgestellten vier Formen akuter Entzündung, nämlich 1) solche, bei welchen außer der Zellenreaktion selbst in die Bindegewebsmaschen ein wässeriges, seröses etc. Exsudat gesetzt wird, 2) solche mit fibrinösem Exsudat, 3) solche mit eitrigem Exsudat, 4) solche mit hämorrhagischem Exsudat, — sind nach ihm vier verschiedene Grade einer und derselben Reizwirkung.

Gegen die Virchow'sche Lehre richtete sich einerseits die Cohnheim'sche Schule, welche bei der akuten Entzündung dem Bindegewebe eine ganz passive Rolle zutheilen wollte, und das Wesentliche in der Auswanderung der weißen Blutkörperchen und den weiteren regressiven oder progressiven Veränderungen dieser Gebilde sah.

Gleichzeitig gegen Mitte der 70er Jahre wurden neben den histologischen Einwänden auch ätiologische geltend gemacht. Durch die Beobachtungen der Chirurgen (Lister), die Arbeiten von Klebs und Koch, war es sehr wahrscheinlich gemacht, dass die Entzündungen specifische Reaktionen auf ein specifisches Virus

darstellten, und nachdem es gelungen war, aus allen eitrig entzündeten Geweben Mikroorganismen (Staphylococcus aureus etc.) zu züchten und als specifische, von den Fäulnisbakterien verschiedene zu erkennen, welche in Reinkulturen typische Eiterungsprocesse bei Thieren erzeugten, schien die Virchow'sche Entzündungslehre in wesentlichen Punkten widerlegt. »Die entzündlichen Zellenansammlungen hielt man schlechtweg für Leukocyten, die Reize für essentiell verschieden von denjenigen, welche Virchow aufgestellt hatte.«

Der erstere Punkt wurde durch die Erkenntnis der Kerntheilungsfiguren (Straßburger, Flemming) und die verbesserte histologische Technik zur Darstellung derselben widerlegt. Nicht nur bei chronischen, sondern auch bei akuten, zur Eiterung führenden Entzündungen (Scheltema, Grawitz, Ribbert) treten Kerntheilungsfiguren in den fixen Gewebszellen auf. Was das Primäre ist, die Veränderung der Bindegewebszellen, Kapillarwände des Muskel- und Fettgewebes (Virchow) oder aktive Hyperämie und Austritt von Blutbestandtheilen (Cohnheim, Weigert), ist noch strittig.

Auf ätiologischem Gebiet vollzog sich ein Umschwung, nachdem durch Grawitz und de Bary nachgewiesen ist, dass einerseits Reinkulturen von Eiterkokken allein nicht immer Eiterung erzeugen, dass dagegen auch Bakterien freie chemische Körper Ammoniak, Terpentinöl, Eiterung hervorrufen können, und eben so ein synthetisch darstellbares Bakterienprodukt, das Cadaverin. Ferner hat Grawitz festgestellt, dass es nicht bloß auf die Qualität der Reize ankommt, sondern auch auf ihre Intensität und Dauer, und auf die Thierart. Bei dünnen Ammoniak- und Cadaverinlösungen erfolgt Resorption ohne merkliche Gewebsreaktion, bei stärkeren wässrige, albuminöse Infiltration, bei manchen Thieren exquisite fibrinöse Entzündung, bei noch stärkeren Dosen Eiterung und Blutungen und endlich bei weiterer Steigerung Nekrose. — »Das ist es, was Virchow gesagt hat, dass diese Gewebsreaktionen nur graduell von einander verschieden sind, — der Eiterungsprocess ist keine eigenartige, specifische Reaktion, sondern ein Glied in der Kette der im Bindegewebe verlaufenden akuten Entzündungsprocesse.

Ohne prädisponirende Läsionen sind bei Menschen und Thieren in resorptionsfähigen Geweben die bisher als Eitererreger bekannten Mikrokokken unschädlich. Bezüglich der metastatischen Eiterungen ist in einer neuerdings erschienenen Arbeit von Rinne (Langenbeck's Archiv) festgestellt, dass die Ansiedelung der echten Eitermikroben allemal von gewissen örtlichen Bedingungen, von Hindernissen in der Resorption, von chemischen Giften, welche in den Kreislauf gelangt sind, von Dispositionen der Gewebe, welche in verschiedenen Lebensperioden verschieden sind, von Cirkulationsstörungen etc. abhängig ist, dass aber bestehende örtliche Reizungen, Anfänge einer entzündlichen Läsion oder regenerativer Zellwucherung im Gegensatz zu der her-

kömmlichen Meinung die metastatische Kokkenansiedelung geradezu verhindern.

Zur Heilung der Eiterung, zum Verschwinden der Eiterkörperchen aus dem Gewebe bedarf es nicht in jedem Fall einer aktiven Phagocytose, aber zweifellos wirkt dieselbe meist wesentlich mit.

F. Neelsen (Dresden).

---

4. **C. Weigert.** Die Virchow'sche Entzündungstheorie und die Eiterungslehre. Zur Abwehr gegen Prof. Grawitz.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 16.)

W. erhebt in seiner scharf polemisch gehaltenen Arbeit verschiedene Einwände gegen die in der oben citirten Arbeit von Grawitz ausgesprochenen Anschauungen und bekämpft namentlich den Versuch dieses Autors, die Virchow'sche Entzündungstheorie — wenn gleich in modificirter Form — wieder zur Geltung zu bringen.

W. betont, dass der alte, durch die vier Kardinalsymptome »Calor, Tumor, Rubor, Dolor« bestimmte Begriff bei Annahme der Virchow'schen Theorie — wonach die Entzündung auf abnormer nutritiver und formativer Reizung der Gewebszellen beruhe — verwischt werde, dass die Entzündung, wie sie Virchow definire, von pathologischen Gewebsneubildungen nicht abzugrenzen sei, und dass die alte Virchow'sche Theorie über die Herkunft der Eiterkörperchen keine Aufklärung gebe, da eine Bildung solcher aus Bindegewebszellen bisher nicht erwiesen sei. Die Cohnheim'sche Theorie, welche die Entzündung auf primäre Gefäßläsion zurückführt, schließe sich eng an den alten Begriff an und erkläre nicht nur die 4 Kardinalsymptome, sondern auch die Herkunft des entzündlichen Exsudates in ungezwungener Weise. Wenn Grawitz auf die Virchowsche Theorie zurückgreift und die Emigration, eben so wie die Hyperämie, als eine sekundäre Erscheinung in den vom Reiz betroffenen Geweben ansieht, hält W. das für unstatthaft, da zwischen Emigration, Zellvergrößerung und Cellulation gar kein so direktes Verhältnis besteht, wie es sein müsste, wenn Grawitz Recht hätte. Bei »parenchymatösen Entzündungen« fehlt die Emigration ganz und nicht jede reaktive Zellwucherung ist von Emigration begleitet. Bei der stärksten Emigration, der Eiterung, fehle an den Eiterungsstellen gerade die Zellwucherung.

Bezüglich des Verhältnisses der Eiterung zur Entzündung giebt W. zu, dass auch nicht bakterielle Eiterungen vorkommen, dass also sein Satz »keine Eiterung ohne Bakterien« nicht in vollem Umfange aufrecht erhalten werden könne. Dagegen müsse daran festgehalten werden, dass die Eiterung von der Entzündung im Allgemeinen nicht nur quantitativ, sondern qualitativ verschieden sei. Wäre der Unterschied nur ein quantitativer, wie Grawitz annimmt, so müsste man mit jedem beliebig zu steigernden Entzündungsreiz, je nach der Stärke, die Virchow'schen vier Grade der Entzündung erzeugen können. Das gelingt aber nur mit bestimmten

chemischen Reizmitteln, während z. B. thermische Reize zwar bis zur Erzeugung von Nekrose gesteigert werden können, ohne doch bei irgend einer Stärke Eiterung zu erzeugen.

Bezüglich des Verhaltens der Zellwucherung zur Entzündung betont W. nochmals den von ihm seit Jahren vertretenen Standpunkt, wonach ein äußerer »Reiz« niemals direkt eine Zellwucherung anregen kann, sondern immer zunächst nur schädigend auf die Gewebe einwirkt. Die Wucherung der lebendig gebliebenen Zellen wird angeregt durch Aufhebung des Wachsthumswiderstandes, wenn durch den Reiz Theile des Gewebes zerstört sind. **F. Neelsen** (Dresden).

---

5. **Reichmann.** Über Chloralamid, ein neues Schlafmittel.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 31.)

6. **Peiper.** Chloralamid, ein neues Schlafmittel.
(Ibid. No. 32.)

7. **Alt.** Chloralamid, ein neues Schlafmittel.
(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 36.)

8. **Halász.** Über die Wirkung des Chloralamid und dessen Werth als Schlafmittel.
(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 37 u. 38.)

R. hat in der Riegel'schen Klinik an 52 Versuchen die Wirksamkeit des Chloralamids, einer Verbindung von Chloral (= Anhydrid) und Formamid, erprobt. Dabei beobachtete er bei Anstellung der Versuche die von O. Rosenbach verlangten Vorsichtsmaßregeln zur Erlangung objektiver Resultate, d. h. die heimliche Darreichung des Mittels, oder die Verabfolgung indifferenter Stoffe an Stelle desselben. Die Resultate seiner Untersuchungen haben zur Empfehlung des Chloralamids als brauchbares Hypnoticum geführt; die wirksame Dosis beträgt 2—3 g. Nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde tritt die Wirkung ein. Besonders günstig waren die Resultate bei Potatoren, bei denen selbst 0,01 Morphium nichts genutzt hatte. Auf die Blutcirkulation wirkt es nicht störend; Müdigkeit am nächsten Tage wurde nicht beobachtet, eben so wenig unangenehme Nebenerscheinungen. Der Geschmack ist schwach bitter, die wässrigen Lösungen sind haltbar. —

P. hat an 24 Pat. in 76 Einzeldosen Untersuchungen mit dem Chloralamid auf der Mosler'schen Klinik angestellt. 2—3 g ist die wirksame Dosis; meist wurde es in Pulvern verabreicht. Er empfiehlt es als wirksames Hypnoticum namentlich bei nervöser Agrypnie, weniger bei Schlaflosigkeit, welche durch Schmerzen verursacht wird. Von unangenehmen Nebenwirkungen hat Verf. nur Müdigkeit am nächsten Tage, Kopfschmerz und Schwindel beobachtet, welche Beschwerden nur in einem Falle (Laryngophthise) erheblich waren.

Rosin (Breslau).

A. hat mit dem von v. Mering empfohlenen Chloralamid in der Klinik von Hitzig eine Reihe von Versuchen angestellt. Das von der Schering'schen Fabrik dargestellte Mittel, ein Additionsprodukt aus Chloralanhydrid und Formamid von der Formel $CCl_3CH\langle^{OH}_{NHCHO}$,

stellt fast farblose, kleinkörnige Krystalle dar, ist im Wasser im Verhältnis von 1 : 15, in 96%igem Alkohol im Verhältnis von 1 : 1,5 löslich, hat einen etwas bitteren, nur wenige Minuten andauernden Geschmack. Es besteht keinerlei Nachgeschmack, keinerlei Geruch der Exhalationsluft.

In wässriger, schwach saurer Lösung zersetzt der Körper sich bei Temperaturen bis zu 60° C. nicht. Man verabreicht das Chloralamid recht zweckmäßig als Pulver in Oblaten oder bei baldigem Verbrauch als Lösung:

Rp.: Chloralamid 10,0
Aq. dest. 120,0
Syr. Rub. Id. 30,0.

S.: Abends eine Stunde vor dem Schlafengehen 2 (—3—4) Esslöffel zu nehmen.

Die Versuche des Verf. erstreckten sich zuerst auf die schlafmachende Wirkung des Mittels bei Gesunden, so wie auf etwaige Veränderung der Herzthätigkeit und Pulsbeschaffenheit. Bei Verabreichung von Dosen von 3 g wurde Schlaf nicht erzielt, der Puls blieb unverändert, irgend welche unangenehme Nebenerscheinungen wurden nicht vermerkt. Bei Verabfolgung von höheren Dosen stellte sich dagegen Schwindel und Kopfschmerz ein, verbunden mit Übelkeit und Brechreiz, in einem anderen Falle wurde ein rauschähnlicher Zustand beobachtet. Der Schlaf dauerte ca. $1^1/_2$ Stunden länger als gewöhnlich, nach dem Erwachen bestanden noch mäßige Kopfschmerzen.

Die Versuche bei Kranken bezogen sich auf 41 Fälle, theils von einfacher Insomnie, theils von Insomnie in Folge von Schmerzen und psychischer Erregung. 12mal wurde Ausbleiben der hypnotischen Wirkung, außerdem 1mal Fehlen derselben nach längerem Gebrauch beobachtet. Die besten Erfolge wurden bei Fällen von einfacher Insomnie erzielt. Der Schlaf stellte sich bei Bettruhe $^1/_2$—$1^3/_4$ Stunden nach Einnehmen des Mittels ein und dauerte 3 bis 9 Stunden. Subjektiv unangenehme Neben- oder Nachwirkungen in Form von Benommenheit und Kopfschmerz traten in 11 Fällen ein; objektiv schädliche Wirkungen kamen dagegen in keinem einzigen Falle zur Beobachtung.

Verf. glaubt, dass das Chloralamid als eine erwünschte Bereicherung unseres Arzneischatzes zu begrüßen ist, und schließt mit der kurzen Mittheilung, dass er in 2 Fällen von Chorea durch Verabreichung von Chloralamid schnelle Heilung erzielt hat. —

H. hat auf der Klinik von Drasche eingehende Untersuchungen über das Chloralamid angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen:

Das Chloralamid ist ein gutes, jedoch nicht absolut sicher wirkendes Schlafmittel: die schlafmachende Dosis beträgt in den allermeisten Fällen 2—3 g.

Es wirkt nur selten in den Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch

Husten oder Schmerz bedingt ist; das Chloralamid wirkt daher weder schmerz-, noch hustenlindernd.

Es übt keinen schädlichen Einfluss auf das Herz und die Cirkulation aus und kann desshalb unbesorgt bei Herzfehlern, Schwächezuständen und Arhythmie des Herzens gegeben werden [1].

Das Chloralamid ist nicht frei von allen Nachwirkungen, indem in vielen Fällen Kopfschmerz, in manchen auch Schwindel, Mattigkeit, Trockenheit im Halse auftritt. Schwerere Störungen dagegen sind bei der von H. angewandten Dosis nicht beobachtet worden.

Auf die Verdauungsorgane wirkte es in einigen Fällen nachtheilig ein, indem es hier und da Erbrechen erregte.

Es konnte weder eine kumulative Wirkung, noch eine Angewöhnung an das Mittel beobachtet werden.

Verabfolgt wurde das Mittel entweder als Pulver in Oblaten oder Wein, oder aber in folgender Lösung:

Rp.: Chloralamid 2,0—3,0
Aq. dest. 120,0
Acid. mur. dil. gtt. IV
Syr. rub. Id. 15,0
MDS.: Abends zu nehmen. **M. Cohn** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

9. **G. Tedeschi.** Sulla eliminazione del piombo dall' organismo in seguito al massaggio.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1889. Fasc. 6.)

T. heilte eine ins dritte Jahr bestehende Bleilähmung der oberen Extremitäten, welche bereits zu Atrophie und Kontraktur geführt hatte, in 3 Monaten mittels der Muskelmassage nach Metzger vollständig. Mit Beginn der Behandlung konstatirte er den Eintritt einer anfänglich von Tag zu Tag zunehmenden Bleiausscheidung durch den Harn, der vor der Behandlung keine nachweislichen Bleimengen bei wiederholter Untersuchung führte. Weiterhin stellte sich unter dem Einfluss der Massage eine erhebliche Vermehrung der Urinabsonderung ein und eine bedeutende Zunnahme des Körpergewichtes bei konstanter Diät. — Verf. empfiehlt auf seine Beobachtung hin die Anwendung der Massage zur Eliminirung des Bleis aus dem Organismus, lässt aber die übrigen, zum gedachten Zweck wirksamen Encheiresen (Anwendung des Schwefels, des Jodkalium, evakuirende Methode in Form von Diaphorese, Diurese, Purgiren) in ihrem Recht. — Bei Anwendung des konstanten Stromes hat Semmola die Vermehrung der Bleiausscheidung durch die Nieren bereits vor 12 Jahren konstatirt. **G. Sticker** (Köln).

10. **Kuttner.** Das Immisch'sche Patent-Metallthermometer.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Versuche, die K. mit dem Immisch'schen Patent-Metallthermometer bei einer großen Zahl von Pat. des Augusta-Hospitals angestellt hat, haben den Beweis geliefert, dass die vielgerühmten Vorzüge des Instrumentes, namentlich der, dass es bereits nach 4—5 Minuten die Maximaltemperatur anzeige, nicht bestehen; selbst nach 10 Minuten zeigt es noch nicht zuverlässig die Temperatur an. Außerdem besitzt es mancherlei Nachtheile in der Handhabung, so dass es nicht zum Ersatz des Quecksilberthermometers geeignet erscheint. **Markwald** (Gießen).

[1] Zu entgegengesetzten Resultaten sind in neuester Zeit Robinson (auf der Abtheilung Fürbringer's) und Langgaard gekommen, worüber später berichtet werden wird. Anm. d. Red.

11. **Grusdew.** Über Veränderungen des Magensaftes bei Schwindsüchtigen. (Manassein's Klinik.)

(Wratsch 1889. No. 15 u. 16.)

Zehn Phthisikern wurde in gleichmäßiger Weise Morgens nach einem bestimmten Frühstück Magensaft entnommen. Über 64 Untersuchungen liegt eine Tabelle vor. In 36 Fällen war keine Salzsäure vorhanden; quantitativ wurde di verdauende Kraft des Saftes aus dem Verlust bestimmt, welchen ein Eiweißwürfel in der Zeiteinheit in dieser Flüssigkeit erlitt. Als Allgemeinresultat ergiebt sich, dass bei allen Phthisikern der Säuregehalt des Magensaftes erniedrigt gefunden wird, und zwar um so mehr, je schwerer der Krankheitsfall. Dem Fieber ist dabei eine geringe Bedeutung beizumessen; temperaturherabsetzende Mittel besserten den Magenzustand nicht. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

12. **Geigel.** Über Hepatitis suppurativa und ihr Verhältnis zur Cholelithiasis.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 3 u. 4.)

Bei einer 65jährigen Dame, welche zuvor an verbreiteten Neuralgien besonders in den oberen Extremitäten, in letzter Zeit an wiederkehrenden Schüttelfrösten gelitten hatte, trat ein heftiger Anfall von Gallensteinkolik auf. Mehrere mit dem Stuhl abgehende weiße Krümel erwiesen sich als die Reste eines weichen Cholestearinsteines. Einige Tage nach dem Anfall konnte G. im linken Leberlappen eine leichte Vorwölbung der Leberoberfläche, etwa von der Größe eines Zweimarkstückes, durchtasten, welche größere Resistenz zeigte und mit der Respiration deutlich verschiebbar war; des Weiteren stellte sich Frost und Fieber ein. Der Tumor wuchs bis zu Thalergröße und wurde empfindlich; auch im rechten Leberlappen zeigte sich eine gleiche Hervorwölbung. Über dem ersten Tumor nahm die Bauchhaut allmählich eine teigartige Beschaffenheit an; an dieser Stelle ließ sich deutlich ein Reibegeräusch konstatiren. Fluktuation war nicht vorhanden. Die bis dahin angewandten Eisumschläge wurden fortgelassen und nunmehr heiße Breiumschläge verordnet. Statt aber dass die Verlöthung des jedenfalls vorhandenen Leberabscesses mit der Bauchwand eintrat, erfolgte vom nächsten Tage an allmählicher Rückgang sämmtlicher Symptome, schließlich völlige Heilung.

G. begründet des Näheren die Diagnose des eben beschriebenen Falles, welcher das erste Beispiel einer durch Zertheilung heilenden Hepatitis suppurativa darstellt. Er behandelte denselben mit Eis-, später mit warmen Umschlägen, Ruhestellung des Darmes und seiner Adnexa durch Opium, Ausspülung der Gallenwege durch reichliches Trinken von Vichywasser.

Verf. hatte Gelegenheit einen weiteren Fall von Cholelithiasis und Leberabscess auf der Leube'schen Klinik zu beobachten. Der Fall verlief innerhalb 3 Wochen letal. Die Sektion ergab neben der Bestätigung der Diagnose eine starke Röthung und Wulstung der Schleimhaut der Gallenblase. Der Ductus choledochus kreuzte genau an der Stelle, wo ein kirschgroßer Stein gelegen war, den Stamm der Pfortader, in welcher hier gerade ein im eitrigen Zerfall begriffener Thrombus lag. Eine Läsion der Wandungen war nicht vorhanden. Die Abscesse in der Leber gingen von den Verästelungen der Pfortader aus.

Auf Grund seiner Beobachtungen glaubt Verf. in obigen Fällen annehmen zu können, dass auf dem Wege durch die Pfortader die Erreger der Entzündung als embolische Keime in die Leber gelangten, und und zwar herstammend von den entzündeten Gallengängen und der Gallenblase, welche ihr venöses Blut nicht in die Cava, sondern in die Pfortader ergießen. **Peiper** (Greifswald).

13. **L. Wagner.** Ein Fall von kongenitaler Atresie der Arteria pulmonalis kombinirt mit Tricuspidalstenose bei geschlossener Kammerscheidewand. (Aus dem pathologischen Institut zu Gießen.)

Inaug.-Diss., Darmstadt, 1889.

Was an der Arbeit Neues ist, ergiebt im Wesentlichen schon der Titel. Der Verf. reiht an den von ihm beobachteten und genauer beschriebenen Fall eine

Zusammenstellung ähnlicher Fälle, die in der Litteratur verstreut sind, an. Seinen Fall erklärt er nicht ausschließlich als kongenitale Missbildung, sondern zugleich als Effekt einer Entzündung — Endocarditis obliterans.

F. Neelsen (Dresden).

14. **Aye.** Über drei Fälle von Diabetes mellitus. (Aus dem Berliner medico-mechanischen Institut.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 30.)

Verf. berichtet über drei Fälle von Diabetes, welche in dem Berliner medico-mechanischen Institut behandelt wurden, und bei welchen in Folge der neben der Diät methodisch angewendeten Muskelübungen nicht nur die in Mattigkeit, Schwere in den Gliedern u. dgl. bestehenden Beschwerden gehoben, sondern auch eine Herabminderung des Zuckergehaltes erzielt wurde. Die Pat. wurden Anfangs mit passiven Bewegungen, später mit möglichst vielseitigen, d. h. möglichst viele Muskelgruppen nach einander in Thätigkeit versetzenden aktiven Übungen behandelt. Es liegt dieser Verordnung die Erwägung zu Grunde, dass im thätigen Muskel die Ernährung und der Stoffumsatz ein viel lebhafterer und ergiebigerer ist, wie im ruhenden, und dass, da durch Muskelarbeit insbesondere der Zerfall stickstofffreier Nahrung begünstigt wird, der Herabsetzung der Zuckerausscheidung Vorschub geleistet wird. Verf. empfiehlt desshalb die Verordnung methodischer Muskelübungen in Form der Heilgymnastik, welche sonstigen einseitigen Muskelübungen gegenüber den Vorzug besitzt, jede Muskelgruppe für sich in Thätigkeit versetzen und auf jeden Kräftezustand Rücksicht nehmen zu können. **Markwald** (Gießen).

15. **B. Neftel.** Beiträge zur Ätiologie und Therapie der Tabes dorsalis.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 2.)

Von einem direkten, ursächlichen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis hat sich N. nach seinen Erfahrungen (22 Fälle) nicht überzeugen können; er glaubt vielmehr, dass sexuelle Excesse, Rheumatismus und nicht zum mindesten eine hereditäre Disposition in der Ätiologie der Tabes eine Rolle spielen. Therapeutische Erfolge will er mit lang fortgesetzter Galvanisation des Kopfes und der Wirbelsäule, so wie mit einer Art lokaler Blutentziehung durch Applikation eines luftleeren Raumes (der Apparat ist im Original genau beschrieben) erzielt haben.

A. Cramer (Eberswalde).

16. **Marie.** Akromegaly.

(Brain 1889. Juli.)

Die Arbeit ist im Wesentlichen eine englische Übersetzung des im Progrès médical 1889 No. 11 erschienenen Aufsatzes, über welchen in No. 34 d. Centralbl. 1889 berichtet wurde. Neu ist die Publikation eines weiteren Falles von Akromegalie aus M.'s Beobachtung, mit Illustration und sehr genauen Maßangaben. Er betrifft einen etwa 50jährigen Mann, bei dem das Leiden sich innerhalb der letzten 15 Jahre entwickelt hatte; er zeigt alle Hauptcharaktere der früheren Fälle: enorme Hypertrophie der Weichtheile und des knöchernen Skelettes der Hände, Füße, des Unterkiefers, des Thorax. Die Erb'sche retrosternale Dämpfung nicht zu konstatiren; Zunge, Unterlippe, Nase sehr voluminös; bedeutende Körperstärke; Nacken dick und kurz, entschiedene cervico-dorsale Kyphose; Stimme rauh; ganz geringe Herabsetzung der Sehschärfe, vielleicht leichte Herzhypertrophie. Bemerkenswerth ist die Komplikation mit Diabetes.

Das Kapitel der Differentialdiagnose wird noch weiter ausgeführt als im französischen Original; es kommen in Frage Virchow's Leontiasis ossea, Elephantiasis, Myxödem; Paget's »Maladie osseuse«, Rachitis, Gigantismus; endlich werden die Gründe erörtert, welche M. schon früher veranlasst haben, die von Friedreich veröffentlichten, später von Erb erneuter Besprechung unterworfenen Fälle der Brüder Hagner auszuscheiden. Erb hat inzwischen auf der diesjährigen Naturforscherversammlung erklärt, dass er diesen Gründen die differentialdiagnostische Wichtigkeit nicht zuerkennen könne, welche M. ihnen beimesse, und dass die

klinische Beobachtung mit Nothwendigkeit dazu führe, auch bei der Akromegalie Varietäten und Übergänge zwischen den einzelnen Formen anzunehmen, die vielleicht im weiteren Verlauf der Fälle sich verwischen. M. protestirt sehr entschieden dagegen, Fälle von hypertrophischer Entwicklung des einen oder anderen Gliedes als »partielle Akromegalie« der in Rede stehenden Krankheitsform beizugesellen. Die Akromegalie sei ein progressives, stets in Kachexie ausgehendes allgemeines Leiden, welches kaum einen Theil des Skelettes und kaum ein Organ ganz unbetheiligt lasse.

Dem Aufsatz ist eine Litteraturangabe beigefügt, die in 3 Gruppen enthält 1) die Fälle von zweifelloser Akromegalie (19); 2) Fälle, die wahrscheinlich zur Akromegalie gehören (4); 3) Fälle, die wahrscheinlich nicht zur Akromegalie gehören (6). **Tuczek** (Marburg).

17. **Ollivier.** De la toux hystérique chez les enfants.

(Union méd. 1889. No. 114.)

Ein 13jähriges Mädchen litt an einem starken Husten. Sein Vater war 32 Jahre alt der Phthise erlegen, die Mutter ist sehr »nervös«; zwei Brüder starben im jugendlichen Alter an Meningitis tuberculosa, der dritte ist »nervös«; eine Schwester starb 5 Monate alt an einem innerlichen Leiden. Pat. selbst kam sehr elend zur Welt und wurde unter kümmerlichen Verhältnissen von der Mutter genährt. $2^1/_2$ Jahre alt überstand sie Masern, im achten Lebensjahre hatte sie mehrere Tage lang Husten und Fieber. Im 10. Jahre begann sich ihr Charakter zu ändern, sie lacht und weint ohne Grund, ist launisch, ungeduldig. Die Kehle ist ihr zugeschnürt, der Leib ist geschwollen; sie hat das Gefühl, als würde ihr ein Nagel in die Stirn eingeschlagen; in der Brust bestehen gegen die Herzspitze hin ausstrahlende Schmerzen; keine Krämpfe oder Delirien, Intelligenz nicht gestört. Im 13. Jahre wiederum Fieber, nächtliche Schweiße, trockener, rauher Husten. Trotzdem betreibt sie eifrig religiöse Übungen für die Beichte. Nach einer Unterhaltung über den Tod begannen sich psychische Störungen einzustellen. Pat. denkt fortwährend über die Worte des Priesters nach, fährt aus dem Schlafe auf, hat Alpdrücken etc. Untersuchung: Pat. ist blass, nicht abgemagert, Augen feuchtglänzend, hustet kurz mit regelmäßigem Rhythmus. An der rechten Lungenspitze ist etwas Dämpfung, verlängertes Exspirium, kein Fieber, leichtes systolisches Geräusch an der Herzbasis, dyspeptische Erscheinungen, chronische Obstipation, kein Albumen, Stirnkopfschmerz, Muskelschmerzen, Globus hystericus, keine An- oder Parästhesien, keine Rasselgeräusche, kein Auswurf beim Husten. Trotzdem die Anamnese und zum Theil die Erscheinungen für eine schwere Lungenaffektion sprechen, hielt Verf. dennoch den Husten für einen hysterischen und für zweifelhaft, dass die Pat. tuberkulös sei. Die hysterischen Erscheinungen hielt er bei dem leicht empfänglichen und hereditär nervös belasteten Kinde für durch die religiösen Übungen hervorgebracht. Die Behandlung bestand in Verordnung von Sedativis und Antispasmodicis, kräftiger Ernährung, so wie in Anwendung der Hydrotherapie, wodurch die Pat. in etwa 4 Monaten wiederhergestellt wurde. Nach mehreren Monaten jedoch traten die Erscheinungen der Hysterie durch die Ungunst der häuslichen Verhältnisse wieder ein, und erst nach 15 Monaten konnte die Pat. als geheilt betrachtet werden. Sie ist jetzt verheirathet und bereits Mutter.

G. Meyer (Berlin).

18. **v. Krafft-Ebing** (Graz). Angeborene konträre Sexualempfindung. Erfolgreiche hypnotische Absuggerirung homosexualer Empfindungen.

(Internationales Centralbl. für die Physiol. u. Pathol. der Harn- und Sexualorgane Bd. I. Hft. 1.)

v. K.-E. gelang es, einem 34jährigen Dr. philos. mit konträrer Sexualempfindung auf Grund erblicher neuropathischer Belastung durch 8 hypnotische Sitzungen die homosexualen Empfindungen vollständig abzusuggeriren. Die Ansuggerirung heterosexualer Empfindungen scheint nicht versucht worden zu sein.

A. Freudenberg (Berlin).

19. **Oestreicher.** Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin gegen Psoriasis. (Aus der Lesser'schen Klinik für Hautkrankheiten.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 28.)

Bei Anwendung des Hydracetin in 20%iger Lanolinsalbe gegen Psoriasis hat O. zwar einen sehr günstigen Einfluss des Mittels gegen die Efflorescenzen selbst konstatiren können, so dass meistens schon nach 14 Tagen eine völlige Involution der erkrankten Hautpartien eingetreten war, dagegen machten sich in allen Fällen Erscheinungen bemerkbar, welche auf toxisch wirkende Eigenschaften des Medikamentes bezogen werden mussten. Nach der 7.—10. Applikation der Salbe begannen alle Pat. über stetig zunehmende Mattigkeit und Schwäche in den Gliedern zu klagen; es stellte sich dann eine auffallend fahle Blässe der Gesichtshaut ein, die hier und da etwas gedunsen war, und eben so Anämie der Schleimhäute mit einem Stich ins Gelbliche bis zu vollständig ikterischer Verfärbung. Der Urin war dunkel, mahagonibraun, grünlich schillernd, jedoch ohne Gallenfarbstoff und Blutfarbstoff — auch die Reaktionen auf Karbol- oder Salicylderivate waren negativ, nur eine Vermehrung des Indicangehaltes konnte festgestellt werden.

Es muss desshalb von der äußerlichen Anwendung des Hydracetins vor der Hand Abstand genommen werden. **Markwald** (Gießen).

Bücher-Anzeigen.

20. Arbeiten aus der ersten medicinischen Klinik zu Berlin. Hrsg. von E. Leyden.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1890.

Das Erscheinen des vorliegenden Werkes, welches die Veröffentlichungen umfasst, welche vom Oktober 1888 bis Oktober 1889 aus der ersten medicinischen Klinik zu Berlin hervorgegangen und in verschiedenen Zeitschriften und Vereinsverhandlungen niedergelegt sind, ist mit besonderer Freude zu begrüßen, da es einen Überblick über die rastlose Thätigkeit und das zielbewusste Streben des Herausgebers und seiner Mitarbeiter ermöglicht. Von dem reichhaltigen Inhalte, welcher die verschiedensten jetzt im Vordergrunde des allgemeinen Interesses stehenden Gebiete der inneren Pathologie und Therapie umfasst, sollen hier nur folgende erwähnt werden: vom Herausgeber: Über die Prognose der Herzkrankheiten; Über Herzkrankheiten bei Tabes; Über den Morbus Brightii bei Schwangeren und Gebärenden; Über einen Fall von retroperitonealem Abscess nebst Bemerkungen zur Therapie der Pleuraempyeme etc.; von G. Klemperer: Beiträge zur Pathologie der Magenkrankheiten, so wie verschiedene Mittheilungen von Renvers und Scheurlen. Eine Besprechung der einzelnen Artikel ist an anderer Stelle bereits in diesem Centralblatt erfolgt und so bleibt uns nur die angenehme Pflicht, den Herausgeber dieses ersten Bandes der Arbeiten aus der ersten medicinischen Klinik im Hinblick auf die lichtvolle Bearbeitung, welche die einzelnen Kapitel von ihren Verff. erfahren haben, zu beglückwünschen, indem wir zugleich die Hoffnung aussprechen, dass wie dieser erste Band, so auch dessen Nachfolger immer weiter dazu beitragen mögen, den Schleier von noch vielen bisher dunklen Gebieten der inneren Medicin zu lüften. **G. Meyer** (Berlin).

21. **Eichhorst.** Lehrbuch der physikalischen Untersuchungsmethoden innerer Krankheiten. 2 Bde. 3. Auflage.

Berlin, **Fr. Wreden,** 1889. 480 u. 426 S. Mit 149 bez. 118 Abbildgn.

Die Vorzüge dieses Werkes sind von uns gelegentlich der früheren Auflagen desselben zur Genüge gewürdigt worden. Nach Verlauf von 3 Jahren ist der zweiten Auflage jetzt die dritte gefolgt. Auch in dieser hat der Verf. durch zahlreiche Ergänzungen der Darstellung der meisten neueren Thatsachen auf dem Gebiete der physikalischen Diagnostik Rechnung getragen. Anordnung des Stoffes, so wie Umfang des Buches haben dabei keine wesentlichen Änderungen erfahren. Erwähnung verdient die hinzugekommene Beschreibung der Blutkörperchenzählung mit

dem Thoma-Abbe-Zeiß'schen Apparat, der Hämoglobinbestimmung nach Gowers und Fleischl, so wie der spektroskopischen Blutuntersuchung. Die betr. Methoden sind durch eine Reihe wohlgelungener Abbildungen illustrirt. Vermisst haben wir die Darstellung der Martius'schen Ergebnisse über die Entstehung des Spitzenstoßes, welche unserem Ermessen nach mehr als eine bloße Citirung verdienen. Wenn wir für die dem gelungenen Werke sicherlich beschiedenen weiteren Auflagen einen Wunsch aussprechen dürfen, so wäre es der, dass der Verf. — entsprechend dem Umfange des Buches, welcher denjenigen der meisten anderen Lehrbücher dieses Gebietes weit übertrifft — in Zukunft jedem Kapitel ein Litteraturverzeichnis der einschlägigen Arbeiten hinzufüge. **A. Fraenkel** (Berlin).

22. **Ludwig Hirt.** Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studirende. Mit zahlreichen Holzschnitten.
Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1888/90. 556 S.

Das vorliegende Lehrbuch weicht von den früher erschienenen durch die Art der Eintheilung und Verarbeitung des Stoffes völlig ab. Im ersten Hauptabschnitte, den Krankheiten des Hirns, behandelt Verf. die Krankheiten der einzelnen Hirnnerven getrennt von einander; in Folge davon kommt Verf. dazu, in dem Kapitel über die Affektionen des Trigeminus den Kopfschmerz in toto so wie die Ursache und die Behandlung der Schlaflosigkeit, bei den Erkrankungen des Acusticus den Menière'schen Schwindel, bei denen des Vagus die Basedow'sche Krankheit etc. zu erledigen. Als zweiter Theil folgen dann die Krankheiten des Rückenmarks, und zwar die der Häute, der Nerven und schließlich der Substanz. Auch hier in dem Abschnitt der Krankheiten der Rückenmarksnerven hat Verf. nicht die verschiedenen Krankheitsgruppen zusammengefasst, sondern stets bei den einzelnen Nerven die gesammten Affektionen besprochen. Ob dieser Modus der Eintheilung, zumal für den Studirenden, als besonders vortheilhaft betrachtet und für die Zukunft adoptirt werden wird, erscheint dem Ref. mehr wie zweifelhaft. Die Übersichtlichkeit der alten Gruppirung geht hierbei entschieden verloren. Ein Kapitel über die Erkrankungen des Sympathicus, welches doch bei einer derartigen Verarbeitung des Stoffes zu erwarten war, ist nicht vorhanden.

Am gelungensten erscheint dem Ref. die Eintheilung des letzten Theiles, der Krankheiten des Gesammtnervensystems, die in Erkrankungen ohne bekannten und mit bekanntem anatomischen Befunde getrennt bleiben. In letzterem Abschnitt werden mit Recht die multiple Sklerose, die Tabes, die aus dem Kapitel der Rückenmarkserkrankungen eliminirt ist, die Dementia paralytica und die Syphilis des Gesammtnervensystems vereinigt.

Abgesehen von der Eintheilung des Stoffes, deren Berechtigung strittig erscheint, zeichnet sich das Lehrbuch durch die klare, anschauliche und meist knappe Form der Darstellung aus. Bei der Bedeutung, die heute in einzelnen Kreisen dem Hypnotismus und der Suggestiotherapie beigelegt wird, erscheint es angemessen, wenn Verf. auch diesem Gebiete seine Aufmerksamkeit zuwendet. Verf. hat überhaupt durchweg die neuesten Anschauungen vorgeführt und in dem jedem Kapitel beigefügten Litteraturverzeichnis besonders auf die neuesten Publikationen Bezug genommen. Als eine sehr willkommene Beigabe müssen die zahlreichen, meist recht gut ausgeführten Illustrationen aufgenommen werden, die zum Theil allerdings älteren Werken entlehnt sind.

Die Ausstattung ist gut und der Verlagsanstalt würdig.

Trotz der oben besprochenen Abweichung von der hergebrachten Verarbeitung des Stoffes sei hiermit das Lehrbuch den Studirenden und den Ärzten als ein vorzüglicher Wegweiser für das Studium der Nervenkrankheiten auf das wärmste empfohlen. **A. Neisser** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt über Tamarinden-Konserven (Tamar Indien) von Apotheker C. Kanoldt Nachfolger in Gotha.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 6. **Sonnabend, den 8. Februar.** **1890.**

Inhalt: **G. Kaempfer**, Ein seltener Fall von Jodexanthem. (Original-Mittheilung.)

1. **Herter**, Experimentelle Myelitis. — 2. **Durdufi**, Pharmakologische Physiologie des Froschherzens. — 3. **Buchner**, Bakterientödtende Wirkung des zellenfreien Blutserums. — 4. **v. Esmarch**, Schicksal pathogener Mikroorganismen im todten Körper. — 5. **Straus**, Impfung gegen Rotz. — 6. **Sanchez-Toledo**, Übertragung der Tuberkulose von Mutter auf Fötus. — 7. **Cadéac** und **Meunier**, Antiseptische Wirkung ätherischer Substanzen. — 8. **C. Fränkel**, Desinficirende Wirkung der Kresole. — 9. **Ferrier**, Hirnlokalisation. — 10. **Brouardel** und **Pouchet**, Arsenintoxikation und Elimination des Arsen. — 11. **Krüger**, Selbstirrigation des Thorax bei Empyem und Pyopneumothorax.

12. **Leyden**, Angeborene Enge des Aortensystems. — 13. **Heinlein**, Anatomie der Aortenaneurysmen. — 14. **Fräntzel**, a. Aorteninsufficienz, b. paroxysmale Tachycardie, c. Asthma dyspepticum. — 15. **v. Openchowski**, Pneumotomie bei Lungengangrän. — 16. **Huels**, Bleichsucht mit Venenthrombosen. — 17. **Müller**, Perniciöse Anämie. — 18. **Sormani**, Antiseptica gegen Tetanusgift. — 19. **Müller**, a. Hysterische Gaumenlähmung, b. Pulsation des Gaumens bei Aorteninsufficienz. — 20. **Müller**, Pneumaturie. — 21. **v. Brincken**, Intermittirender Gelenkhydrops. — 22. **Kreuzeder**, Kalomel bei Hydropsie. — 23. **Steiner**, Sulfonal. — 24. **Dornblüth**, Hyoscin, Codein. — 25. **Bernhardt**, Traumatische Neurose. — 26. **Martius** und **Hansemann**, Myotonia congenita intermittens. — 27. **Sokolowski**, Luetische Tracheal- und Bronchostenose. — 28. **Chetwood**, Cocainintoxikation von der Urethra aus. — 29. **Kröll**, Erysipeltherapie. — 30. **Santi**, Lanolin in der Haut. — 31. **Senator**, Alopecia areata und Vitiligo.

Bücher-Anzeigen: 32. **Brückner**, Physiologie und Pathologie des menschlichen Magens. — 33. **Widal**, Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'Érysipèle. — 34. **Seidel**, Greisenkrankheiten.

(Aus der medicinischen Abtheilung des Herrn Prof. Rosenbach im Allerheiligenhospital zu Breslau.)

Ein seltener Fall von Jodexanthem.

Von

Dr. Gustav Kaempfer,
Volontärassistent.

Dass das Jod, so hoch es als Therapeuticum zu schätzen ist, neben Erscheinungen auf den Schleimhäuten zuweilen seine unan-

genehmen Nebenwirkungen auch durch die in seinem Gefolge auftretenden Affektionen der äußeren Haut zeigt, ist eine bekannte Thatsache. Man unterscheidet hierbei außer éruptions pustuleuses — unserer Jodakne — nach der Eintheilung französischer Autoren noch éruptions anthracoides, bulleuses, purpuriques. Dass aber in Folge von Jodgebrauch ganze Beulen in der Haut sich bilden können, ist eine bisher nur wenig bekannte Thatsache, und desshalb dürfte es von Interesse sein, einen hier beobachteten derartigen Fall näher kennen zu lernen.

Es handelt sich um eine 42jährige Frau, die wegen rechtsseitiger Lähmung seit dem 27. September 1889 auf der Abtheilung liegt. Derselben wurde, da Verdacht auf Lues cerebri vorlag, am 8. Oktober Jodkali gereicht und zwar in Lösung von 8,0 : 160,0 2stündlich 1 Esslöffel. Dasselbe wurde auch an den darauf folgenden Tagen gegeben, so dass Pat. bis zum 4. November 80,0 Jodkali erhalten hatte. Dasselbe musste jedoch nunmehr ausgesetzt werden, da sich im Verlauf der letzten 5 Tage ein merkwürdiges Exanthem gebildet hatte, von dem man beim Fehlen jeder anderen Ursache vermuthen musste, dass es in Folge der Einwirkung des Jodkali zu Stande gekommen war. Dasselbe bestand in derben, circumscripten Infiltraten der Haut, die mit der Hand zu umgreifen und auf Druck äußerst empfindlich waren. Die Haut darüber war gespannt und geröthet. Zugleich bestand Temperaturerhöhung. Dieselbe schwankte zwischen 37,6 und 39,5. Die größten Infiltrate saßen am rechten Trochanter (1), an der Hinterseite des rechten Oberschenkels (1), an der Hinterseite des rechten Glutaeus (1) und hatten die Größe eines 5-Markstückes. An der Innenseite des rechten Oberschenkels in der Höhe des Trochanter min. und dicht darunter befanden sich je 2 Prominenzen von 2-Markstückgröße. Kleinere Beulen befanden sich 1 an der Vorderseite des linken Oberschenkels, 6 an der Vorderseite des linken Unterschenkels unregelmäßig bis zum Fuß herab vertheilt, 3 an der Außenseite des linken Unterschenkels von 50-Pfennigstück- bis Erbsengröße. Die kleineren Infiltrate ähneln sehr den Infiltraten bei Erythema nodosum. Unter Borsalbenverband verschwand das Exanthem verhältnismäßig schnell. Die Temperatur war am 6. November normal und blieb es auch fernerhin. Erst verschwand die Röthung, dann die Schwellung und schließlich waren an Stelle der früheren Beulen nur noch dunkle Flecke sichtbar, die auf Druck keine Spur von Schmerz mehr zeigten. Am 11. November waren auch die letzteren verschwunden und von dem früheren Exanthem nichts mehr zu entdecken. Eine Schwellung der Drüsen hatte nicht bestanden.

Um festzustellen, ob das Exanthem wiederkehren würde und um andererseits die Gelegenheit, therapeutisch einzugreifen, nicht zu versäumen, wurde Jodkali wieder vom 12.—21. November in denselben Dosen wie früher gegeben. Doch wiewohl nur 40 g verabreicht waren, kam das Exanthem in noch stärkerem Maße als das letzte Mal zum Vorschein. Am linken Glutaeus war nämlich ein Infiltrat von Handtellergröße sichtbar, am rechten Glutaeus ein eben so großes. Darüber befand sich eins von 5-Markstückgröße. Am rechten Condylus internus femoris zeigte sich ebenfalls ein Infiltrat von Handtellergröße, an der Vorderseite des rechten Oberschenkels 5 ungefähr markstückgroße, an der Außenseite 4 eben so große. Am rechten Unterschenkel waren vorn und zu beiden Seiten ca. 20 50- bis 20pfennigstückgroße Infiltrate, an der Vorderseite des linken Oberschenkels 7 und hinten am linken Unterschenkel einige 20pfennigstückgroße sichtbar. Die linke obere Extremität zeigte sich ebenfalls befallen, und zwar befanden sich an der Außenseite des linken Oberarmes 2 Infiltrate von der Größe eines 2-Mark- resp. 50-Pfennigstückes. Ein letztes Infiltrat von 3-Markstückgröße saß am linken Schulterblattwinkel. Während des Bestehens des Exanthems herrschte dauernd Temperaturerhöhung. Dieselbe schwankte zwischen 38,3 und 39,3. Mit dem Verschwinden des Exanthems verlor sich auch das Fieber. Während des Vorhandenseins des Exanthems waren auch große Mengen von Jod im Speichel und Urin nachweisbar.

Da die Erfahrung gelehrt hat, dass bei Verabreichung von Jodkali innerhalb der ersten Tage Jodismus auftritt, während derselbe bei weiterer Verabreichung fortbleibt, so wurde am 2. December wieder Jodkali und zwar in denselben Dosen gereicht. Es waren bis zum 10. December 28 g gegeben. Dasselbe wurde jedoch ausgesetzt, da das Exanthem stärker wie bisher wieder zum Vorschein kam. Am rechten Unterschenkel findet sich im unteren Drittel an der Innenseite eine 5markstückgroße Beule. Infiltrate von der Größe eines 3-Markstückes finden sich an der Vorderseite des rechten Unterschenkels im oberen Drittel, ein eben solches an der Hinterfläche des rechten Oberschenkels auf der Grenze des unteren und mittleren Drittels. An der linken unteren Extremität befinden sich Prominenzen von der Größe eines 2-Markstückes und zwar 2 am Oberschenkel in dessen unteren Hälfte, 1 von der Größe eines 3-Markstückes befindet sich an der Vorderfläche des Unterschenkels. Beulen von Handtellergröße befanden sich an der Vorderfläche des rechten Unterschenkels und der linken Glutaealgegend. Sämmtliche Infiltrate fühlen sich hart an, sind deutlich zu umgreifen, die Haut darüber ist geröthet und gespannt. Auf der Unterlage sind sie nicht verschieblich und setzen sich tief ins Unterhautzellgewebe fort. Eine große Prominenz, die sich von den anderen im Aussehen unterschied, befand sich in der rechten Lendengegend. Die Haut ebenda war nicht geröthet und leicht verschieblich. Die Pat. hatte zur Zeit des Bestehens des Exanthems stets Temperaturerhöhung. Dieselbe schwankte zwischen 37,7 und 38,3. Sie klagte über Mattigkeit und Abgeschlagenheit in den Gliedern, wie sie dieselbe nie vorher verspürt hatte. Druck auf die befallenen Partien war stets empfindlich. Schwellungen der Drüsen fehlten, nur beim Auftreten des letzten Exanthems war die rechte Leistengegend geschwollen und druckempfindlich. Im Urin und Speichel waren nach täglich vorgenommenen Untersuchungen große Mengen von Jod nachweisbar. Dasselbe verschwand mit dem Exanthem. Jedoch war das Jod nicht mehr nachweisbar, während noch Spuren des Exanthems bestanden.

Da nach Ansicht Köbner's das per rectum gereichte Jodkali keine unangenehmen Nebenwirkungen verursacht, so wurde am 27. December noch ein Versuch mit per rectum gereichten Jodkali gemacht, in der Hoffnung, dass bei dieser Art der Behandlung das Jodexanthem ausbleiben würde. Dasselbe wurde in Dosen von 3mal täglich 1 g bis zum 31. December verabreicht, wurde jedoch nunmehr ausgesetzt, da sich bereits am 31. December das Exanthem von Neuem gebildet hatte. Dasselbe hatte am 3. Januar seine größte Ausbreitung bei einer Temperatur von 37,7 erreicht. Es bestand ein Infiltrat von Handtellergröße in der Mitte des rechten Oberarmes, zwei 3markstückgroße an der Außenseite des rechten Unterschenkels, ein eben solches auf dem rechten Glutaeus. Die Infiltrate unterschieden sich in nichts von den früheren. Das subjektive Befinden war ein entschieden schlechteres als bei der früheren Verabreichung per os. Pat. war apathisch, hatte starke Kopfschmerzen, sah blass aus und machte den Eindruck einer Schwerkranken. Die Infiltrate waren äußerst empfindlich. Jodkali wurde daher ausgesetzt. Am 5. Januar bestand nur noch das handtellergroße Infiltrat, jedoch fühlte sich dasselbe nicht mehr hart an. Die Haut darüber war noch stark geröthet. Am 6. Januar bestand an der Stelle nur noch Druckempfindlichkeit. Am 8. Januar war auch diese verschwunden.

Damit dürfte jedenfalls zur Genüge bewiesen sein, dass auch das per rectum gereichte Jodkali nicht frei von üblen Nebenwirkungen ist.

So oft das Jodexanthem bei der Pat. verschwunden war, fühlte sie sich abgemattet, wie eine Rekonvalescentin nach einer überstandenen Krankheit.

Dass das Exanthem sich in Folge des Jodgebrauches gebildet hat, ist wohl außer allem Zweifel, denn

1) hatte Pat. vor dem Jodgebrauch nie ein derartiges Exanthem aufzuweisen,

2) trat das Exanthem nur auf, nachdem einige Zeit Jod verabreicht war,

3) verschwand dasselbe prompt, wenn Jod ausgesetzt wurde,

4) während des Bestehens des Exanthems waren große Mengen von Jod im Urin und Speichel nachweisbar, die mit dem Exanthem zugleich verschwanden.

Die Litteratur über diese Fälle ist sehr spärlich.

Zwei in derselben verzeichnete Fälle glaube ich als hierher gehörig erwähnen zu müssen, von denen der eine ein diffuses, der andere ein circumscriptes Infiltrat darbot.

Der erstere ist von Morrow[1] veröffentlicht. Die diffusen Infiltrate der Haut traten hier erst nach Verabreichung von 900 g Jodkali auf, während in unserem Falle 80 g, späterhin noch weniger hinreichten. In dem Morrow'schen Falle war die Haut der Stirn und des Gesichtes intensiv geschwellt. Die Augenlider waren so geschwollen, dass die Augen nicht geöffnet werden konnten. Morrow bezeichnet das Aussehen des Gesichtes als »facies leonina«. Die Ohren waren ebenfalls intensiv geschwollen, theilweise mit blutigen Krusten bedeckt. Schwellung bestand ferner an beiden Händen und den Handwurzelgelenken, an einzelnen Stellen hob sich die Haut in Blasen ab, die mit serös blutigem Inhalt gefüllt waren. Auch in diesem Falle trat Rückgang des Exanthems ein.

Der zweite Fall ist mit dem unsrigen völlig identisch, nur war das Exanthem nicht so verbreitet. Derselbe wird erwähnt in den »Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie« und ist von Talamon beobachtet. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, die mit einem Mitralfehler behaftet ist. Diese Frau bekommt auf Jodkali ein Exanthem, das beulenartig ist und in folgender Weise beschrieben wird:

»Une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, d'un rouge foncé, légèrement saillant, mais appréciable surtout à la palpation et très douloureuse à la pression, assez analogue aux abcès furonculeux indurés.«

Auch diese Knoten verschwanden, ohne eine Spur zurückzulassen, so wie Jodkali wegblieb, kehrten wieder, so wie dasselbe verabreicht wurde. Knoten etwa von Handtellergröße wurden dagegen nicht beobachtet.

Zum Schluss spreche ich Herrn Prof. Rosenbach meinen Dank aus für gütige Überlassung des Falles.

---

1. **Ch. A. Herter.** A study of experimental myelitis.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1889. No. 4.)

In dem ersten Abschnitte erweist Verf. die Möglichkeit, durch zeitweise Abschließung des Blutzuflusses nach dem Rückenmark bei Thieren eine akute lokalisirte Myelitis zu erzeugen. Verf. machte diesbezüglich 70 Versuche bei Kaninchen. Er übte auf die Aorta und Vena cava in der Höhe des 4. Lendenwirbels nach der von Du Bois-Reymond modificirten Stenson'schen Methode eine tem-

[1] Citirt in der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis. Jahrgang 1886 p. 711.

poräre Kompression aus. Das sofort eintretende Resultat ist Paraplegie, welche nach einer mehr als eine Stunde andauernden Kompression bestehen bleibt. Kurz nach der Erzeugung der spinalen Anämie zeigt sich Sphincterenlähmung der Blase und des Rectum, Urinträufeln und Fäkalaustritt. Im Allgemeinen schwindet die Sphincterenparalyse sehr schnell und es resultirt Lähmung des Detrusor urinae, Harnretention und Cystitis. Die schlaffe Lähmung der Hinterextremitäten hält ca. 2 Wochen an, dann stellen sich Kontrakturen und später fibrilläre Muskelzuckungen ein, welche letztere in Intervallen bemerkbar werden. Zusammen mit den Kontrakturen tritt in den gelähmten Muskeln Atrophie ein, welche das Volumen derselben um die Hälfte, ja um ein Drittel reducirt. In einzelnen Fällen restirt nur Parese einzelner Muskeln, bei sehr wenigen Versuchen entsteht Paralyse einer Hinterextremität ohne Affektion der Blase und des Mastdarmes, analog der monoplegischen Form der akuten Poliomyelitis. Alteration der Sensibilität lässt sich nicht eruiren, auch nicht an dem Ende des 1. Monats, wo die Degeneration der hinteren Wurzeln beginnt. Die Sehnenreflexe scheinen in jedem Falle nach dem 3. Monat zu verschwinden. Diarrhoe ist in ca. 2 Drittel der Fälle vorhanden, stellt sich bald nach der Operation ein und hält gewöhnlich 48 Stunden, zuweilen 1 Woche an. Sofort nach dem Abschluss des Blutes fällt die Temperatur, welche nach 4—5 Stunden den tiefsten Stand erreicht (bis zu 8° F.) und 24 Stunden nach Lösung der Ligatur die frühere Höhe einnimmt.

Was die histologischen Veränderungen betrifft, so beginnt 36 Stunden nach der Operation in den künstlich anämisch gemachten Theilen des Rückenmarkes Nekrobiose der central gelegenen Ganglien der Vorderhörner und Degeneration einzelner Fasern der vorderen Wurzeln. Nach weiteren 36 Stunden ca. sieht man zahlreiche Hämorrhagien in der grauen Substanz (im Gegensatz zu den Befunden von Ehrlich und Brieger, 1884) nahe dem Centrum der Vorderhörner und solche in der Pia, so wie zwischen letzterer und dem Marke. 6 Tage nach der Operation sind Arteriolen und Kapillaren dilatirt, strotzend gefüllt und von Leukocytenlagern umgeben, besonders in den centralen Theilen der Vorderhörner. Längs den Zügen der vorderen Wurzeln sammeln sich Kerne an und der sonst in sagittaler Richtung ausgedehnte Querschnitt des Centralkanals zeigt sich jetzt sonderbarerweise frontal gestellt. In den nächsten Tagen nehmen die geschilderten Veränderungen an Intensität und Extensität zu und es macht sich eine bereits makroskopisch erkennbare Trennung der grauen Substanz der Cornua anteriora von der umgebenden weißen Substanz geltend. Nach 23 Tagen sieht man Zelleninfiltration in der Nachbarschaft der Vorderhörner, Zerstörung einzelner Nervenfasern und eines Theiles der Neuroglia. Die Rundzellenanhäufungen begleiten die von den Vorderhörnern radiär ausstrahlenden Septen. Nach 30 Tagen sind die gesammten nervösen

Elemente der mit Kernen durchsetzten und beträchtlich geschrumpften grauen Substanz vernichtet. Die mit Rundzellen infiltrirten Vorderwurzeln enthalten keine nervösen Elemente mehr. Auch die hinteren Wurzeln zeigen afficirte Nerven. Die Veränderungen in der weißen Substanz haben an Ausdehnung gewonnen. Die sensiblen Wurzeln sind vor und nach ihrem Austritt aus den Intervertebralganglien degenerirt, während letztere mit lymphoiden Zellen durchsetzt sind.

In Zusammenhang mit der beschriebenen akuten Poliomyelitis bezw. Myelitis steht Degeneration der zugehörigen Nervenstämme, wobei zu bemerken ist, dass sich die Zelleninfiltration der vorderen Wurzeln auf die peripherischen Nerven fortsetzt und zahlreiche kleine Hämorrhagien (während der ersten 4—5 Tage p. operationem), wenn auch nicht konstant, in dem interstitiellen Gewebe der Nerven gefunden werden. Diesen Vorgängen entspricht hochgradige Atrophie der gelähmten Muskeln, besonders des Soleus, Semitendinosus und Adductor magnus. Eine weitere Konsequenz der Operation sind Blutungen in der Blasenwand und der Mucosa uteri, durch welche letzteren bei trächtigen Thieren Lösung der Placenta erfolgt. Die Blasenwand wird enorm verdickt durch Hypertrophie der Muskelfasern und Wucherung des interstitiellen Gewebes.

Zum Schlusse detaillirt Verf. sein Operationsverfahren.

J. Ruhemann (Berlin).

---

2. **G. N. Durdufi.** Beiträge zur pharmakologischen Physiologie des Froschherzens.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXV. Hft. 5 u. 6.)

D. hat einige Detailfragen des schon so viel behandelten Kapitels der Physiologie des Froschherzens mit den Hilfsmittel der Pharmakologie von Neuem behandelt. Außer einigen Beobachtungen an dem in situ befindlichen Herzen sind fast alle Versuche mit Hilfe des bekannten künstlichen Durchblutungsapparates von Williams angestellt worden. Die erste Frage betrifft die Erregbarkeit der Hemmungsvorrichtungen im Herzen unter verschiedenen Bedingungen. Von mechanischen Einflüssen ist besonders der intracardiale Druck wichtig, was auch bereits J. M. Ludwig und Luchsinger angegeben hatten; durch hohen intracardialen Druck (Belastung) wird nämlich der Effekt der Vagusreizung scheinbar verringert, denn es tritt alsdann bei Reizung mit denjenigen Stromstärken, die bei niederem Druck (Belastung) noch kompleten Stillstand bewirkten, bei höheren intracardialen Drucken nur Verlangsamung ein. Die Kalisalze (ClK) bewirkten in kleinen Mengen ganz regelmäßig eine erhöhte Eregbarkeit des Vagus. Wird eine Abschwächung der Herzthätigkeit durch größere Kalimengen bewirkt, so hört die Erregbarkeit des Vagus vollständig auf. Eine analoge Erhöhung der Erregbarkeit des Vagus fand D. auch nach der Vergiftung des Herzens mit Kupfer. Von anderen Giften, welche zu den Herzhemmungs-

apparaten Beziehung haben, suchte D. die Angriffspunkte näher festzustellen.

Das Cocain macht zwar die elektrische Reizung des Vagusstammes unwirksam; da es aber den Muscarinstillstand weder aufzuheben noch zu verhindern im Stande ist, muss es nicht die Hemmungsvorrichtungen selbst, sondern die an diese herantretenden Hemmungsfasern direkt lähmen; es hat denselben Agriffspunkt wie das Nikotin, welches denselben nervösen Apparat nach kurz dauernder Erregung lähmt. Im Gegensatz zu Cocain lähmte Chinotoxin die Hemmungsvorrichtungen selbst nach Art des Atropins.

Über die Resorptionsverhältnisse bei Fröschen mit stillstehendem Herzen ermittelte D., dass die Art des Stillstandes von wesentlichster Bedeutung ist, indem bei dem diastolischen Muscarinstillstand Gifte wie Atropin, Strychnin wohl resorbirt werden, was bei dem systolischen Helleboreïnstillstande nicht möglich ist, eben so wenig wie nach Unterbindung des Herzens.

Betreffend den Einfluss verschiedener Gifte auf das Pulsvolumen ist die Zunahme desselben durch Muscarin auch am atropinisirten Herzen, wo Muscarin also keinen Stillstand, nicht einmal Verlangsamung der Pulse mehr erzeugt, besonders interessant. Die Vergrößerung des Pulsvolumens durch Apomorphin führt D. auf gesteigerte Dehnbarkeit des Herzmuskels zurück. Eine Abnahme des Pulsvolumens führte das Aconitin herbei.

Vagusreizung vergrößerte, wenn die verlangsamenden Fasern erregbar waren, das Pulsvolumen beträchtlich wie Muscarin; da die gesammte Herzarbeit aber sehr vermindert wird, wie schon Coats beobachtete, so muss wohl die absolute Kraft durch die Vagusreizung ähnlich wie durch Muscarin herabgesetzt werden.

Die Veränderung des Pulsvolumens durch die Gifte führt D. auf Änderungen der elastischen Eigenschaften des Herzmuskels durch die betreffenden Gifte zurück.

D. giebt in den am ruhenden Herzen ermittelten Dehnungskurven zwei drastische Beispiele von Aconitin und Helleborein, welche in entgegengesetzter Weise die Dehnbarkeit des Herzmuskels beeinflussen; Aconitin setzt dieselbe herab, Helleborein lässt sie zunehmen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. **H. Buchner.** Über die bakterientödtende Wirkung des zellenfreien Blutserums.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. V. No. 25 u. Bd. VI. No. 1.)

Die geistreichen Versuche B.'s bestätigen und erweitern die bekannten Angaben Nuttall's. Es stellte sich im Wesentlichen Folgendes heraus: Das Blut hat die Fähigkeit gewisse Mengen bestimmter Bakterien zu vernichten; es verliert sie durch 1stündige Erwärmung auf 55°, kann sie aber bei tieferer Temperatur selbst bis zum 20. Tage bewahren. Das Gesammtblut wirkt am stärksten bakterientödtend,

weil der lebende Zustand des Blutes sich hier am längsten erhält. Von den Einzelbestandtheilen des Blutes kommt den Leukocyten die tödtende Fähigkeit nicht zu, und die rothen Blutkörperchen bieten sogar — gelöst — den Bakterien einen sehr guten Nährboden; vielmehr ist die bakterientödtende Fähigkeit dem lebenden Blutserum eigenthümlich. Unter seinen Bestandtheilen ist aber weder der fibrinogenen Substanz, noch dem Fibrinferment, noch irgend einem unbekannten Stoffe in dieser Richtung eine Bedeutung beizumessen, sondern es muss jene zerstörende Wirkung durch eine eigenthümliche Modifikation der Eiweißkörper veranlasst sein und zwar muss sie mit dem lebenden Zustande des Blutes, der sich im Serum eine gewisse Zeit erhält, in Beziehung gesetzt werden.

Die bakterientödtende Wirkung des Blutserums fand sich regelmäßig bei Kaninchen- und Hundeserum, während sie beim Rinder- und Pferdeserum vollkommen fehlte. Geht schon hieraus hervor, dass eine unmittelbare Übertragung der Resultate B.'s auf das menschliche Blut nicht statthaft ist, so ist doch nach Ansicht des Ref. kein Zweifel, dass dieselben für die Pathologie des Menschen von großer Bedeutung sein werden. **H. Neumann** (Berlin).

---

4. **E. v. Esmarch.** Das Schicksal der pathogenen Mikroorganismen im todten Körper. (Aus dem hygien. Institut der Universität Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 1.)

Um das Schicksal der pathogenen Bakterien in den Kadavern kennen zu lernen, hat Verf. mit einer Reihe von Bakterienarten verschiedene Thiere geimpft und dieselben dann nach erfolgtem Tode theils an der Luft, theils in der Erde und im Wasser bei verschiedenen Temperaturen und in wechselnder Tiefe unter der Erde liegen lassen. Nach bestimmter Zeit wurden alsdann kleine Theile des Kadavers mikroskopisch sowohl als auch durch das Kultur- und Impfverfahren untersucht und dabei folgende Resultate erzielt. In den mit den Bacillen der Mäuseseptikämie geimpften Thieren konnte, wenn dieselben in die Erde versenkt waren, die Virulenz der Bakterien noch nach über 90 Tagen nachgewiesen werden, während die Kadaver, welche im Wasser gelegen waren, nach dieser Zeit und wohl schon früher keine virulenten Bacillen mehr enthielten; noch schneller gingen dieselben zu Grunde, wenn die Thiere in dem Brutschrank aufbewahrt wurden; ein gleiches Verhalten zeigten die Bacillen des Schweinerothlaufs. Von besonderem Interesse sind die mit dem Milzbrandbacillus angestellten Versuche, aus denen hervorgeht, dass dieselben im Kadaver sehr rasch absterben, besonders schnell unter dem Einfluss der Fäulnis; im Wasser war der Milzbrand schon am 5. Tage verschwunden; dagegen hielten sich Milzbrandsporen, die in Wasser oder Erde aufbewahrt wurden, viel längere Zeit und waren noch nach 17 und 18 Tagen virulent. Die Bacillen der Hühnercholera

hielten sich etwa 3—4 Wochen nach dem Tode des Thieres, verschwanden aber nach dieser Zeit sehr rasch, und noch schneller ging der Tetragenus zu Grunde. Die Bacillen des malignen Ödems hielten sich sehr lange im Kadaver virulent, in einem Falle noch 183 Tage, in anderen Fällen aber starben sie in wesentlich viel kürzerer Zeit ab. Auch Tuberkelbacillen gingen bald nach dem Tode des Wirthes zu Grunde, eben so Tetanusbacillen und die Spirillen der Cholera, die schon nach 3—5 Tagen nicht mehr nachweisbar waren.

Es scheint demnach bei der größten Anzahl der pathogenen Bakterien eine Weiterentwicklung derselben nach dem Tode des Wirthes sehr bald aufzuhören, um so schneller, je rascher und intensiver sich Fäulnis entwickelt. Jedoch auch ohne Fäulnis und ohne Überwucherung durch andere Bakterien starben pathogene Bakterien schnell ab und scheinen hieran, wie besondere Versuche lehrten, in erster Linie der Sauerstoffmangel, vielleicht auch noch die eigenen Stoffwechselprodukte der betreffenden Bakterien oder auch chemische Umsetzungen Schuld zu sein. Für die Praxis geht aus diesen Versuchen hervor, dass ein Vergraben der an Infektionskrankheiten gestorbenen Thiere genügt, um weitere Infektionen von denselben aus hintanzuhalten. **Goldschmidt** (Nürnberg).

---

5. **L. Straus.** Essai de vaccination contre la morve.

(Arch. de méd. experim. etc. T. I. Série 1.)

Um zu entscheiden, ob sich Immunität gegen Rotz erzielen lässt, experimentirte S. mit Reinkulturen von Rotzbacillen an den für Rotz wenig empfänglichen Hunden. Er fand, dass Hunde durch intravenöse Injektion großer Mengen Bacillen an akutem allgemeinem Rotz des Integuments und der Eingeweide eingingen, dass aber kleinere Mengen, in der gleichen Weise verimpft, eine gutartige Rotzerkrankung hervorrufen, nach deren Heilung Immunität gegen den Rotzbacillus, selbst wenn sehr große Mengen in den Kreislauf eingebracht werden, entstanden ist. Impfung auf die Haut erzeugt aber auch dann noch eine lokale Erkrankung, die freilich schnell heilt. **H. Neumann** (Berlin).

---

6. **Sanchez-Toledo.** Recherches expérimentales sur la transmission de la tuberculose de la mère au foetus.

(Arch. de méd. expérim. T. I. Série 1. p. 503.)

35 trächtige Meerschweinchen wurden durch Infektion (von dem Kreislauf, der Pleura oder der Unterhaut aus) tuberkulös gemacht; von den 65 Früchten dieser Thiere wurde keines tuberkulös, wie die genaueste Untersuchung mit Mikroskop, Kultur und Thierimpfung zweifellos bewies. Es ergiebt sich also auch aus diesen Versuchen, dass die Tuberkulose der Regel nach nicht vererbt wird. Geschieht es ausnahmsweise (wie die spärlichen Beobachtungen am Rind und

Menschen beweisen), so bleibt der Tuberkelbacillus im Fötus nicht latent, sondern erzeugt das gewöhnliche Krankheitsbild.

H. Neumann (Berlin).

---

7. **Cadéac** et **A. Meunier.** Recherches expérimentales sur l'action antiseptique des essences.

(Ann. de l'Institut Pasteur 1889. No. 6.)

Seit der Zeit der alten Ägypter hat man eine Anzahl vegetabilischer aromatischer Substanzen zur Konservirung der Leichen, zu Zwecken der chirurgischen Antisepsis und der inneren Medicin benutzt, die jetzt obsolet und daher bei dem Suchen nach Antisepticis kaum berücksichtigt sind. Mit allerdings nicht ganz einwandsfreier Methode untersuchen die Verff. (unter Verwendung des Typhus- und Rotzbacillus) die desinficirende Kraft zahlreicher aromatischer Essenzen im Vergleich zu den wesentlichen heut gebräuchlichen Desinficientien. Sie finden u. A., dass der Ceylon-Zimmt in seiner antiseptischen Kraft einer $1^0/_{00}$igen Sublimatlösung ganz nahe steht, und dass nach dem Zimmt noch eine sehr große Reihe von Essenzen kommt, welche der 5%igen Karbollösung überlegen sind; so z. B. die Essenz von Nelken, Thymian, Patschuli, Geranium, Majoran. **H. Neumann** (Berlin).

---

8. **Carl Fränkel.** Die desinficirenden Eigenschaften der Kresole, ein Beitrag zur Desinfektionsfrage. (Aus dem hygienischen Institut in Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene 1889. Bd. VI p. 521.)

Laplace hat hervorgehoben, dass Lösungen von Sublimat und Phenol durch Zusatz von Schwefelsäure sehr erheblich an desinficirender Kraft gewinnen. Diese durch die Schwefelsäure selbst nicht erklärliche Zunahme ist nach F.'s Untersuchungen erheblich größer, wenn die Mischung kalt bereitet wird; eine so hergestellte 5%ige Phenolschwefelsäurelösung tödtete nach 2 Tagen Milzbrandsporen, die in einer 5%igen Lösung reinen Phenols mehr als 40 Tage lebensfähig blieben, und in der gleichen heiß bereiteten Mischung erst nach 3 Tagen vernichtet wurden. Im ersteren Falle bildete sich die energischer wirkende Ortho-, im zweiten die schwächere Paraphenolsulfosäure, die beide bereits von Hueppe im reinen Zustand auf ihre desinficirende Kraft untersucht worden sind mit einem, dem obigen völlig entsprechenden Resultat.

Trotz ihrer gesteigerten Wirksamkeit stehen jedoch die sulfirten Lösungen des reinen Phenols den Lösungen der rohen, mit Schwefelsäure vermischten Karbolsäure noch um ein Bedeutendes nach. Es muss demnach die rohe Karbolsäure selbst Körper von sehr hoher Desinfektionskraft enthalten, deren Eigenschaften jedoch erst durch den Zusatz von Schwefelsäure zu Tage treten.

Durch fraktionirte Destillation der rohen Karbolsäure stellte F. fest, dass die wirksamsten Bestandtheile dieser die zwischen 185 und

205° übergehenden Körper, d. h. die verschiedenen isomeren Kresole sind. Übereinstimmend damit zeigten Schwefelsäuremischungen reiner Kresole eine sehr starke desinficirende Wirkung, eine minder starke chemisch rein hergestellte Kresolsulfosäure. Der Zusatz der Schwefelsäure zu den Kresolen verleiht der Mischung ihre hervorragende Kraft aber nur dadurch, dass er die Kresole löslich macht, nicht (analog dem Phenol) durch chemische Verbindung. Einer praktischen Verwendung der Kresole steht ihr hoher Preis entgegen; dagegen existirt ein verhältnismäßig billiges »Rohkresol aus Toluidinen«, welches mit Schwefelsäure vermischt in 5%iger Lösung Milzbrandsporen nach 4 Stunden, in 0,3%iger Staphylococcus aureus und Streptococcus erysipel. in 5 Minuten abtödtete. Auch hier handelte es sich nicht um eine chemische Verbindung; die Untersuchung der Mischung ergab die überwiegende Menge der in ihrer Herstellung verwendeten Schwefelsäure noch in völlig freiem Zustand in Lösung.

Die Kresolsulfosäuren wurden auch nach den von Behring aufgestellten Grundsätzen auf ihre entwicklungshemmende Wirkung und auf ihre relative Giftigkeit untersucht. Bezüglich der ersteren ergab sich eine Entwicklungshemmung für Milzbrand im Blutserum bei einer Koncentration von $^1/_{300}$—$^1/_{250}$ Kresolsulfosäure; der Quotient der relativen Giftigkeit scheint sich auch hier auf 6 zu stellen.

Strassmann (Berlin).

---

9. **Ferrier.** Cerebral localisation in its practical relations.

(Brain 1889. Juli.)

F. giebt uns hier einen von ernster Kritik getragenen Überblick über den heutigen Stand der Frage, in wie weit die Lehre von der Lokalisation der Funktionen im Großhirn, zu deren Aufbau er selbst so viel beigetragen hat, eine Übertragung in die therapeutische Praxis rechtfertigt oder etwa verlangt. Zunächst rekapitulirt er, was physiologisch und diagnostisch als feststehend zu betrachten ist. Die Centralwindungen sind zweifelsohne motorische Region und zwar das obere Drittel für die untere, das mittlere für die obere Extremität, das untere für die willkürliche Antlitzmuskulatur. Monospastische oder unilaterale Krämpfe von konstanter Reihenfolge (Jackson'sche Epilepsie) deuten mit Bestimmtheit auf eine Affektion in der Umgebung der Rolando'schen Furche, besonders wenn sie von Monoplegien derselben Region gefolgt sind. Die sensorischen Centren fallen mit den motorischen nicht zusammen; vielleicht liegen sie im G. fornicatus. Hemiplegie, kombinirt mit Hemianästhesie, zeigt einen Herd entweder in der inneren Kapsel an oder — falls eine Affektion der motorischen Rindenzone feststeht — ein Übergreifen auf den G. fornicatus oder seine Projektion zur inneren Kapsel. — Subcorticale Herderkrankungen in der motorischen Region unterscheiden sich von den corticalen gewöhnlich durch den negativen Befund bei Schädelperkussion. — Herde im Stirnlappen (abgesehen von der Broca-schen Windung) sind nicht mit Sicherheit zu diagnosticiren; dasselbe

gilt vom G. marginalis. — Läsionen des Hinterhauptlappens können latent bleiben; führen sie zu ausgedehnterer Zerstörung der Marksubstanz oder der Sehstrahlung, so erscheint bilaterale homonyme Hemianopsie der gekreuzten Seite. — Wortblindheit und verwandte Defekte auf dem Gebiet der Gesichtsvorstellungen sind auf den linken G. angularis, Worttaubheit auf die linke 1. Schläfewindung zu beziehen. — Subjektive Geruchsempfindungen berechtigen an den G. hippocampi zu denken, wenn der Sitz der Erkrankung mit größerer Wahrscheinlichkeit in der Hemisphäre, als im N. oder Tr. olfactorius anzunehmen ist. Betreffs der Natur der Herderkrankung lässt die Diagnostik noch sehr viel zu wünschen übrig.

Was die Chancen der Operation auf Grund klinischer Diagnose betrifft, so ergiebt die Statistik heute etwa 20—30% Mortalität; darin sind alle Operationen, auch die am Kleinhirn, so wie die Entfernung sehr umfangreicher Tumoren eingeschlossen. Die bloße Eröffnung des Schädeldaches ohne Spaltung der Dura zu diagnostischen Zwecken oder zur Entfernung von Knochenstücken u. dgl. kann bei gehöriger Antiseptik kaum mehr als eine gefährliche Operation angesehen werden. Es werden aus der Litteratur und eigener Beobachtung 46 Fälle aufgeführt, in welchen der Schädel trepanirt, die Dura geöffnet und am Gehirn selbst operirt wurde wegen Tumoren, Abscesse, traumatischen u. a. Entzündungen mit lokalisirbarem Sitz — alle mit günstigem Ausgang qua Operation.

Die Indikationen der Operation werden ausführlich besprochen. Primäre Schädelverletzungen mit Kompressions- oder Herdsymptomen indiciren die Trepanation mit nachfolgender Entfernung von Knochensplittern oder Extravasaten zur Beseitigung der direkten Gefahr und als Präventivmaßregel für die Zukunft. Dasselbe gilt für Abscesse, wenn eine Zugänglichkeit derselben vermuthet werden darf.

Die Spättrepanation ohne Öffnung der Dura zur Beseitigung sekundärer Hirnsymptome, besonders der Epilepsie, nach Schädelverletzungen giebt nur geringe Aussichten auf dauernden Erfolg (kaum 15%). Besser werden die Chancen, wenn gleichzeitig mit Eröffnung der Dura das Narbengewebe und die Hirnrinde, so weit sie als Sitz des pathologischen Reizes angesehen werden kann, herausgeschnitten wird. Der Erfolg wird um so sicherer, je vollständiger die Excision des Centrums, von welchem die epileptische Entladung ausgeht, erfolgt; um so unsicherer, je mehr sich die andere Hemisphäre und die subcorticalen Centren schon auf den Status epilepticus eingestellt haben.

Die geringsten Aussichten auf guten Erfolg geben die Tumoren; 10% derselben sind etwa der Operation überhaupt zugänglich; 50% der Operationen endigen letal oder richtiger, »die Hälfte der Operirten wird gerettet«, fügt Verf. hinzu, die ohne Operation sicher zu Grunde gegangen wären. Die Explorationstrepanation zu diagnostischen Zwecken ist durchaus gerechtfertigt. **Tuczek** (Marburg).

10. **P. Brouardel** et **G. Pouchet.** Note sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsénicale aiguë et chronique, sur les modes et la durée de l'élimination hors du corps humain de l'arsenic et de ses composés.

(Bulletin de l'académie de méd. 1889. No. 26.)

Im Anschluss an eine größere Anzahl von Arsenikvergiftungen, die zu Hyères durch vergifteten Wein zufällig entstanden waren, dessgleichen auch in Havre, stellten B. und P. die bei diesen chronischen Formen der Arsenvergiftung beobachteten Symptome zusammen. B und P. bemerken ausdrücklich, dass selbst bei den am langsamsten verlaufenden Formen der Vergiftung, neue Symptome, welche von denjenigen der akuten und subakuten Form verschieden wären, nicht aufträten.

Zeitlich folgten sich die Krankheitserscheinungen in der Weise auf einander, dass zuerst die Störungen des Verdauungsapparates auftraten, nach diesen Katarrhe der Kehlkopf- und Bronchialschleimhaut so wie verschiedenartige Eruptionen auf der äußeren Haut, dann folgten Sensibilitätsstörungen (periode acrodynique) und zuletzt Paralysen besonders in der Muskulatur der Unterextremitäten.

Unter den Verdauungsstörungen wurden solche mit febrilem Verlauf beobachtet, so dass dieselben Anfangs in ihrer Ursache verkannt und für typhoides Fieber gehalten wurden. Das Erbrechen ist bei der chronischen Form meist nicht mit Magenschmerzen verbunden, das Entleerte war schleimige, mit Galle gemischte, nicht blutige Flüssigkeit; oft wiederholte sich das Erbrechen 7—8mal an einem Tage. — Die katarrhalischen Erkrankungen der Respirationsschleimhaut, auch Schnupfen, wurden zuerst für Grippe gehalten; das ausgehustete Sekret war schleimig, zuweilen etwas blutig.

Die Hauterkrankungen äußerten sich in vesiculösen, pustulösen, urticaria- und rubeolaartigen Ausschlägen, sogar Abfallen der Nägel kam einmal vor. Bei den während der Vergiftung Gestorbenen fand sich Arsen in der Haut, den Nägeln und den Haaren.

Unter den sensiblen Störungen kommt sehr häufig ausgebreiteter Kopfschmerz zuerst, dann Steifheit in den Beinen; besonders die Tibiotarsal- und Tarso-Metatarsalgelenke sind schmerzhaft. Eigentliche Anästhesie kam nicht vor, aber ziemlich häufig war die Sensibilität vermindert in den Beinen und Füßen.

Die Muskelparalysen scheinen am Extensor communis der Zehen zu beginnen und die Muskeln der Vorderseite des Unterschenkels scheinen mit Vorliebe befallen zu werden. Die oberen Extremitäten werden von Paralyse viel seltener betroffen, während die Gesichtsmuskeln und die Sphincteren stets verschont blieben. Die befallenen Muskeln atrophiren nachher ziemlich beträchtlich. Die gelähmten Muskeln zeigen auf den mechanischen Reiz des Beklopfens deutlich gesteigerte Erregbarkeit, die faradische Kontraktilität ist in den am meisten er-

griffenen Muskeln ganz vernichtet, an den übrigen herabgesetzt, die galvanische Kontraktilität war auch in den stärksten Graden, wenn auch schwach, noch erhalten. Bei vier darauf hin untersuchten Pat. war die Anodenschließungszuckung stärker als die Kathodenschließungszuckung. Bei indirekter Reizung von den Nervenstämmen aus ergaben sich die gleichen Verhältnisse wie bei direkter Reizung. Die Sehnenreflexe waren im Gebiete der Unterextremitäten aufgehoben.

Der Tod erfolgte am häufigsten durch Herzlähmung, nach Anfällen von Dyspnoe in einer tödlichen Ohnmacht. In anderen Fällen führten die durch das Gift bewirkten pathologisch anatomischen Veränderungen in der Leber, Niere und den Muskeln auch noch nach der Ausscheidung desselben den Tod nachträglich herbei.

Um die Arsenvergiftung während des Lebens zu konstatiren, halten B. und P. die Untersuchung des Harns des Betreffenden auf Arsen für besonders werthvoll, um so mehr, da bei einem etwaigen Verdacht kein unnöthiges Aufsehen entsteht.

Betreffs der Ablagerung des Arseniks im Körper bildet die Spongiosa der Knochen einen Lieblingssitz. Es empfiehlt sich die Schädelknochen, die Wirbel so wie Schulterblatt chemisch zu untersuchen, denn sie enthalten oft noch zu einer Zeit Arsenik (zehn Wochen nach dem Aussetzen der Arsenaufnahme), wo die Eingeweide schon davon frei sind (nach ca. drei Wochen). Die Haut so wie die Haare scheinen auch einen gewissen Antheil an der Arsenausscheidung zu nehmen, denn aus 100 g Haaren konnte ein Arsenring im Marsh'schen Apparat von 1 mg ungefähr erhalten werden.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

11. **G. Krüger.** Selbstirrigationen des Thorax bei Empyem und Pyopneumothorax.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 10.)

Um die Rippenresektion bei Empyemen durch ein weniger eingreifendes Verfahren zu ersetzen, andererseits die antiseptische Reinigung der entleerten Brusthöhle zu ermöglichen, hat K. versucht, eine Selbstirrigation des Thorax einzuführen. Er verbindet seinen Trokar mit einer T-Kanüle, setzt den einen Schenkel durch einen Gummischlauch mit einem antiseptische Lösung enthaltendes Gefäß in Verbindung, der andere ist mit dem Abflussrohr verbunden. Durch geeignete Quetschhahn- und Ventilvorrichtung kann nach Abfluss des ersten Eiters die antiseptische Lösung nur in den Thorax, nicht mehr in ihren Schlauch zurückfließen. Durch jede Inspiration wird daher die Lösung aspirirt, durch jede Exspiration Eiter und Lösung abgeführt. Die Kanüle kann an den Thorax fixirt und eventuell wochenlang getragen werden. — Nähere Angaben über die auf diese Weise behandelten Kranken giebt Verf. nicht. **Honigmann** (Gießen).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. E. Leyden. Ein Fall von angeborener Enge des Aortensystems.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang 1889. p. 151.)

Bei dem betr. Kranken, einem jungen Manne, waren die allgemeinen Symptome einer schweren Herzkrankheit vorhanden, neben beträchtlicher Blässe der Haut und der Schleimhäute. Im Ganzen erinnerte das Krankheitsbild an eine Überanstrengung des Herzens; ohne dass jedoch eine solche nachzuweisen gewesen wäre. Es wurde schon intra vitam der Verdacht auf Enge des Aortensystems ausgesprochen; als jedoch eine Hemiplegie auftrat, wurde ein Klappenfehler wieder wahrscheinlicher.

Der betr. Pat., ein 24jähriger Schneidergeselle, in dessen Familie mehrere Fälle von Tuberkulose vorgekommen waren, war bis vor einem halben Jahre gesund gewesen; um diese Zeit traten die ersten Beschwerden auf: plötzliches, $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde andauerndes, starkes Herzklopfen. Seit 3 Wochen war dieses häufiger und stärker, besonders beim Treppensteigen, Pat. wurde auch kurzathmig. Bald traten ähnliche, sehr heftige Zustände auch Nachts auf, so dass Pat. öfters glaubte ersticken zu müssen und ans Fenster lief, um Luft zu schöpfen. In der letzten Zeit stellten sich endlich auch Ödeme der Füße ein. Bei der Aufnahme des Kranken in die Charité am 31. August zeigte sich am Herzen Folgendes: Herzgegend vorgewölbt, Herzaktion verstärkt und in größerer Entfernung sichtbar. Kein Frémissement. Spitzenstoß breit, im 5. Intercostalraum innerhalb der Mammillarlinie. Herzdämpfung beginnt an der 3. Rippe, ist links sehr deutlich, überschreitet das Sternum nicht nach rechts. An der Herzspitze und über allen Ostien reine Töne, ohne jedes Geräusch; es besteht aber deutliches Galoppgeräusch. Subjektive Beschwerden wie oben geschildert.

In den nächsten Wochen keine wesentliche Veränderung. Am 22. September fiel Pat. Morgens aus dem Bette und konnte sich nicht wieder aufrichten. Es wurde eine Lähmung der rechten Körperhälfte mit Aphasie konstatirt. Nach geringer Besserung der Hemiplegie und Aphasie starb Pat. am 20. Oktober, nachdem die Kräfte bedeutend abgenommen hatten und Ödeme aufgetreten waren. Bei der Sektion zeigte sich das Herz stark vergrößert, besonders der linke Ventrikel. Reichliche wandständige Thromben in demselben, Muskulatur schlaff, trübe, zum Theil gelblich. Wanddicke des linken Ventrikels $1^1/_2$ cm. Rechter Ventrikel wenig dilatirt, von mäßiger Wanddicke. Muskulatur blass, stark fleckig. Aorta auffallend eng; sonst ist hierüber, so wie über die anderen Arterien nichts mitgetheilt.

Küssner (Halle).

13. H. Heinlein (Nürnberg). Zur Anatomie der Aortenaneurysmen.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 37.)

H. theilt den Sektionsbefund, wie er sich an der Leiche eines plötzlich unter den Symptomen von Bluthusten und Athemnoth verstorbenen 61jährigen Individuums darbot, mit und zwar ergab derselbe die Ruptur eines Aneurysmas, das folgende anatomische Verhältnisse zeigte: das Bogenstück der Brustaorta kindskopfgroß diffus aneurysmatisch erweitert bis zum Abgang der Arteria subclavia sinistra. Im peripheren Bereiche dieses Aneurysmas und zwar an der Stelle, wo die Aorta über den linken Hauptbronchus wegtritt, findet sich ein sekundärer blindsackförmig vorwärts in das Parenchym des linken Oberlappens sich vorstülpender, etwa walnussgroßer aneurysmatischer Recessus, der mit dem primären Aneurysma an der Kommunikationsstelle eine Lichtung von 3 cm in Höhe und Breite zeigt. Dieser sekundäre Sack hatte an seiner hinteren Wand einen Längsriss und die tödliche Blutung erfolgte nicht direkt und unvermittelt aus dem erweiterten Gefäßabschnitte in den Pleuraraum, sondern mittelbar durch einen vorher höchst wahrscheinlich stark komprimirten und hierauf durchbrochenen Lungenabschnitt in den Pleuraraum.

S. Grossmann (Wien).

14. **Fräntzel.** Kasuistische Mittheilungen.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang 1889. p. 353.)

a) Ein Fall von Insufficienz der Aortenklappen mit außergewöhnlich starker Kompensation.

Ein 21jähriger kräftiger Arbeiter hat mehrmals Gelenkrheumatismus gehabt und im zweiten Anfalle dieser Erkrankung hat sich eine deutliche Aorteninsufficienz gebildet. Pat. ist Steinträger und hat als solcher sehr schwere Arbeit zu leisten, wird aber in den zwischen seinen Erkrankungen gelegenen Perioden niemals durch Herzklopfen, Kurzathmigkeit oder Oppressionsgefühl belästigt. Bei der letzten Erkrankung — dieselbe manifestirte sich hauptsächlich in Schmerzen in den Beinen und der Wirbelsäule — nahm F. im November 1880 folgenden Status auf:

Kräftig gebauter, gut genährter junger Mann. Keine Spur von Cyanose. Hoher, hüpfender Puls. Radialarterien verlaufen geradlinig, sind wenig gespannt. Auffallend starke Pulsation in den Carotiden und den Schenkelarterien. In ersteren hört man ein lautes, kurzes, systolisches Geräusch, bei Fehlen des diastolischen Tones, in den Schenkelarterien einen kurzen, systolischen Ton, 64—68 Pulse in der Minute, exquisiter Kapillarpuls. Am Herzen liegt der Spitzenstoß im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie und überragt dieselbe beträchtlich; im Ganzen ist der Spitzenstoß ungefähr 2 Zoll breit, abnorm hoch und abnorm resistent. Die ganze Regio cordis links vom Sternum wird sehr stark systolisch gehoben. Bei der Perkussion beginnt die Herzdämpfung vom oberen Rande der 3. Rippe, ragt nach abwärts bis zum unteren Rande der 6., nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach links ungefähr 1 Zoll breit über die Linea mammillaris sinistra hinaus. Man hört überall am Herzen ein systolisches und diastolisches Geräusch: das systolische ist an der Herzspitze am lautesten, das diastolische rechts vom Sternum im 2. Intercostalraum und auf der Höhe des 5. Rippenknorpels.

F. betont hauptsächlich die auffallend feste und sichere Kompensation dieser Insufficienz der Aorta, die nach den physikalischen Erscheinungen eine beträchtliche genannt werden muss.

b) Ein Fall von paroxysmaler Tachycardie.

Ein 38jähriger Mann, der von seinem 18. Lebensjahre an oftmals an Schwindelanfällen und Blutandrang zum Kopfe, fast seit derselben Zeit an anfallsweise auftretendem Herzklopfen ohne weitere Beschwerden gelitten hat, lässt sich in die Anstalt aufnehmen, da er unter Frost an Husten und Athembeschwerden erkrankt war.

Status praesens: Ziemlich kräftiger Mann. Sensorium frei. Ziemlich starke Cyanose des Gesichts und der sichtbaren Schleimhäute. In den hinteren unteren Partien der Lunge reichliches, klangloses Rasseln, sonst an den Lungen normale Verhältnisse. Die ganze Regio cordis wird ziemlich stark systolisch gehoben. Die Herzdämpfung beginnt links vom Sternum vom oberen Rand der 4. Rippe, ihre untere Grenze ist nicht sicher zu bestimmen, nach links reicht sie bis zur Linea mammillaris sinistra, nach rechts bis gegen die Mitte des Sternums. Die Thätigkeit des Herzens ist in ganz auffallender Weise erregt: die Pulsfrequenz ist zwar nicht mit Sicherheit zu ermitteln, weil sie schwankend ist, mindestens aber zählt man 168 Schläge in der Minute. Kompressionen des Vagusstammes beeinträchtigen die Pulsfrequenz nicht. Radialis kaum mittelweit; Puls auffallend niedrig, ganz regelmäßig. Stuhl retardirt; Leberdämpfung deutlich nach abwärts vergrößert, Urin spärlich, blassroth, ohne Eiweiß.

Unter Digitalistherapie wurde in den nächsten Tagen keine Besserung erzielt. Dann trat plötzlich bei Darreichung von Valeriana und Castoreum Besserung ein, während aber zu gewisser Zeit die Pulsfrequenz noch 170—180 Schläge betrug. Morphium blieb vollständig wirkungslos; ein nochmal gereichtes Digitalisinfus brachte dann die Pulsfrequenz dauernd zur Norm zurück.

Erklärt wird das Krankheitsbild der paroxysmalen Tachykardie entweder durch Lähmung des Vagus oder durch Erregung der Beschleunigungsnerven. Die Diagnose, welcher Natur die Tachykardie ist, unterliegt oft großen Schwierigkeiten und ist erst

ex juvantibus et nocentibus (Morphium oder Digitalis) zu entscheiden. Die Anfälle belästigen die Kranken oft sehr und erfordern rasche Hilfe. Eine Rückkehr der Anfälle zu verhüten, ist nicht möglich.

c) Ein Fall von Asthma dyspepticum.

Ein 24jähriger Barbier, dessen Mutter brustkrank, sonstige Familie gesund ist, und der selbst niemals krank gewesen ist, beginnt plötzlich über Schwindelanfälle am 7. April 1888 zu klagen. Er fühlte sich an diesem Tage ohne Veranlassung unwohl, darauf traten starke Stiche in der linken Schultergegend auf, bald nachher ist er bewusstlos zusammengebrochen und eine halbe Stunde lang ohne Besinnung geblieben. Noch $1^1/_2$ Stunden nach diesem Anfalle bestand starkes Zittern in den Gliedern, sonst keine Beschwerden. In den folgenden Tagen kehrten solche Anfälle wieder, keine Krämpfe. Es war dem Pat. unmöglich, in die Höhe zu sehen, ohne schwindlig zu werden; er verlor den Appetit, Stuhlgang war retardirt. Urinsekretion regelmäßig. Am 10. April suchte Pat. die Charité auf. Er gab an, dass er täglich durchschnittlich 10 Flaschen bairisches Bier trank.

Status praesens: Mittelgroßer, ziemlich kräftiger Mann. Gesichtsfarbe leicht cyanotisch. Klage über leichte Kurzathmigkeit und Gefühl eines unbestimmten Schmerzes in der Magengegend. Über den Lungen normale Verhältnisse. Athmung unregelmäßig, 36 in der Minute. Zwischenrippenräume oben links vorn und hinten gegen Druck empfindlich. Herzdämpfung beginnt links vom Sternum im 3. Intercostalraum und geht nach abwärts bis zum oberen Rande der 6. Rippe, links fast bis zur linken Mammillarlinie, rechts bis zum linken Sternalrande. Spitzenstoß nicht sichtbar, im 5. Intercostalraum zwischen der Linea mammillaris und parasternalis sinistra deutlich fühlbar. Herztöne rein. Puls 80. Radialarterien mittelweit, von geringer Spannung. Zunge rein, Appetit gering. Stuhl retardirt. Leber und Milz normal. Urin hellgelb, eiweißfrei. Die gastrischen Störungen wurden allmählich stärker. Auftreibungen des Leibes verbanden sich mit Durchfällen und zeitweise mit Stuhlverstopfung. Die Pulsfrequenz wurde geringer, dagegen die Zahl der Respirationen auffallend beschleunigt.

Obgleich im Großen und Ganzen eine Zunahme der Respirationsfrequenz immer mit einer Steigerung der gastrischen Störungen Hand in Hand ging, so dass man nach Henoch von einem Asthma dyspepticum reden kann, so bleibt doch, wie durch beigegebene Kurven erläutert wird, der Verlauf des Falles sehr eigenthümlich. Besonders auffallend ist, dass trotz der enorm beschleunigten Respiration die subjektive Dyspnoe und die objektiv nachweisbare Cyanose nie beträchtlich erschien. **M. Cohn** (Berlin).

15. v. **Openchowski.** Lungenabscess. Gangrän. Pneumotomie. Genesung.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 3 u. 4.)

Bei einem 30jährigen Manne, bei welchem sich nach einer Pneumonie ein Lungenabscess mit schließlichem Übergang in Lungengangrän entwickelt hatte, wurde die Pneumotomie ausgeführt. Nach Resektion eines 10 cm langen Stückes wurde, da die Pleurablätter verwachsen waren, der Thermokauter in das Lungengewebe ca. 2—3 cm tief eingeführt und die Höhle damit eröffnet, hierauf nach Entleerung großer Eitermengen die Kaverne mit einer lauwarmen Lösung von übermangansaurem Kali ausgespült. Der weitere Verlauf war ein günstiger, Pat. genas. **Peiper** (Greifswald).

16. **Huels.** Ein Fall von Bleichsucht mit ausgedehnten Venenthrombosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 41.)

Bei einem 18jährigen chlorotischen, sonst aber gesunden Mädchen traten starke Schwellungen der unteren Extremitäten auf, die sich bis zur Leisten- und Hüftgegend ausbreiteten. Nach einigen Tagen ging die Geschwulst hier zurück, dagegen schwoll der linke Oberarm an. Es stellten sich ferner Leibschmerzen, Blut-

speien, Nasenbluten, Schmerzen in der linken Nierengegend ein mit verminderter Urinentleerung. Abermals schwollen die Beine an, Gesicht und Augenlider wurden ödematös. Im Urin fand sich vorübergehend Albumen. Schließlich traten auch Schwellungen im Gebiet der Vena jugularis auf. Der ganze Process, welcher fieberhaft verlief, ging in Genesung über. **Peiper** (Greifswald).

17. **Fr. Müller.** Zur Ätiologie der perniciösen Anämie.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang 1889. p. 253.)

Nach Aufführung der großen Reihe von pathologischen Processen, welche eine perniciöse Anämie im Gefolge haben können, theilt Verf. zunächst einen Fall mit, wo Botriocephalus latus die Ursache zur Erkrankung an perniciöser Anämie abgab. Das Vorhandensein von Fieber und Netzhautblutungen in dem beschriebenen Falle, so wie die enorme Verdünnung des Blutes, die großen kernhaltigen rothen Blutzellen, der relativ gute Farbstoffgehalt der vorhandenen Blutkörperchen und das Fehlen der bei sekundären Anämien konstanten Leukocytose sprechen mit Bestimmtheit dafür, dass es sich um eine wirkliche perniciöse Anämie handelte. Die Bandwurmkur wurde in diesem Falle zu spät eingeleitet, um noch Heilung zu erzielen, die andere Beobachter mehrfach erreicht haben.

Es folgen dann vier ausführliche Krankengeschichten von Pat. mit perniciöser Anämie resp. Anaemia gravis, bei denen zweifellos konstitutionelle Syphilis vorhanden war. Die Diagnose wurde in zwei Fällen durch den Obduktionsbefund, in den beiden anderen durch den Erfolg der eingeleiteten antiluetischen Therapie bestätigt.

M. führt dann den Nachweis, dass es sich in den ersten vier seiner Fälle um wirkliche perniciöse Anämie — charakterisirt durch den Blutbefund, Fieber und kapilläre Blutungen — handelte. Er nimmt also an, dass er es nicht mit einer gewöhnlichen syphilitischen Kachexie, sondern mit einer eigenen selbständigen Erkrankung, der wirklich perniciösen Anämie, zu thun hatte, in deren Ätiologie aber die Syphilis eine Rolle spielte.

Aus der Litteratur führt Verf. sodann einige Fälle auf von perniciöser Anämie bei syphilitischen Individuen, bei denen auf den Kausalzusammenhang noch nicht genügend Gewicht gelegt worden ist. Dass in den beschriebenen Fällen die Syphilis wirklich in ursächlichem Zusammenhang mit der Anämie stand, dafür ist der in zwei Fällen erzielte therapeutische Effekt entscheidend.

M. glaubt, dass die von Eichhorst angenommene Eintheilung der perniciösen Anämien in primäre und sekundäre Formen, jetzt, nachdem die letzten Jahre eine Reihe von pathologischen Einflüssen kennen gelehrt haben, die perniciöse Anämie zu erzeugen im Stande sind, nicht mehr ganz durchführbar ist. Das Gebiet der primären Form wird immer mehr eingeschränkt, und so ist zu erwarten, dass künftighin noch für manche Form der perniciösen Anämie die Ursache aufgedeckt wird. **M. Cohn** (Berlin).

18. **G. Sormani.** Sui neutralizzanti del virus tetanigeno.

(Riforma med. 1889. No. 201.)

Unter den gebräuchlichen antiseptischen Arzneien bewährte sich in experimentellen Untersuchungen als das wirksamste Gift für Kulturen des Tetanusbacillus das Jodoform und Jodol, sodann eine 0,2%ige Sublimatlösung bei längerer Einwirkung. Verf. empfiehlt, diesen Mitteln den Vorzug vor allen anderen in der Präventivbehandlung des Wundstarrkrampfes zu geben, zumal man lange weiß, dass die Karbolsäure, bezüglich der mit Karbolsäure hergestellte Lister'sche Verband auf die Häufigkeit der Entwicklung eines Tetanus keinen Einfluss hat (Guérin, Verneuil etc.). **G. Sticker** (Köln).

19. **Fr. Müller.** Zur Pathologie des weichen Gaumens.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang 1889 p. 247.)

I. Hysterische Gaumensegellähmung.

Ein 18jähriges Mädchen, die öfter Diphtherie gehabt hat und seit einigen Jahren an Schwindel- und Ohnmachtsanfällen leidet, lässt sich wegen Frost und

Halsschmerzen in das Krankenhaus aufnehmen. Sie giebt noch an, dass sich ihre Sprache verändert habe. — Man findet eine Angina catarrhalis; die Sprache ist näselnd, beim Versuche, die Wangen aufzublasen, entweicht Luft durch die Nase. Das Gaumensegel hebt sich bei Phonation nur wenig; die Sensibilität des Gaumens ist stark herabgesetzt. Pat. verschluckt sich nicht. Sonstige Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden. Leichte Faradisation brachte die Affektion des Gaumensegels vollständig zum Schwinden.

Einige Tage später bemerkt Pat. nach großer psychischer Erregung wieder, dass ihre Sprache näselnd sei; gleichzeitig fühlte sie Druck im Halse und Schmerzen beim Schlucken (Globus). — Bei ihrer Wiederaufnahme ins Krankenhaus wird konstatirt, dass sich das Gaumensegel bei der Phonation nur andeutungsweise hebt, die Sensibilität desselben wieder erheblich herabgesetzt ist. Bei Sprechübungen fungirt das Gaumensegel normal, bei zusammenhängender Rede ist die Sprache näselnd. Durch eine sehr starke und schmerzhafte Faradisation wird völlige Heilung erzielt.

Einige Monate später stellte sich Pat. mit völliger Aphonie vor, die plötzlich ohne Ursache aufgetreten war. Seitliche Kompression des Kehlkopfes von außen kombinirt mit Sprechübungen, so wie die Androhung des faradischen Stromes brachte die Aphonie zum Schwinden.

M. lässt es dahingestellt, ob die erstbeobachtete Affektion als diphtherische Lähmung aufzufassen ist. Die zweite und dritte Erkrankung sind zweifellos als hysterisch zu bezeichnen.

II. Pulsation des Gaumens bei Aorteninsufficienz.

Bei einem 22jährigen Dienstmädchen, welche an einer durch Pulmonalinsufficienz komplicirten Aorteninsufficienz litt, wurde bei Gelegenheit einer Angina eine rhythmische Bewegung des Gaumens beobachtet. Die entzündlich gerötheten Tonsillen so wie die vorderen und hinteren Gaumenbögen rückten synchron mit jedem Carotidenpuls etwas medianwärts; auch am Gaumensegel war eine Pulsation zu bemerken, indem der freie Rand mit der Uvula nach abwärts bewegt wurde. Auf diese Weise kam mit jedem Pulsschlag eine Verengerung des Gaumenthores zu Stande. Dabei ließ sich auch eine rhythmische Verstärkung der Röthung des Gaumens beobachten. Als die Angina abheilte, verringerte sich die Stärke der Gaumenpulsation ein wenig, blieb jedoch deutlich bestehen.

Daraufhin wurde bei sechs weiteren Fällen von Aorteninsufficienz auf Vorhandensein der Gaumenpulsation geachtet und dieselbe in drei Fällen konstatirt.

In Bezug auf die Entstehung nimmt M. an, dass wir es mit einer bei jeder Pulswelle auftretenden stärkeren Blutfülle und dadurch bedingten Anschwellung der Theile zu thun haben. Die Erscheinung, die nicht gerade sehr selten zu sein scheint, würde also mit dem Kapillarpuls in eine Linie zu setzen sein.

M. Cohn (Berlin).

20. **Fr. Müller** (Bonn). Über Pneumaturie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 41.)

M. hatte Gelegenheit, einen Fall dieser seltenen Affektion aus der Praxis von Fehleisen genauer zu analysiren. Es handelte sich um einen 60jährigen Kranken, der, nachdem er schon seit ca. 15 Jahren Symptome von Cystitis gezeigt und deswegen lokal behandelt worden war, seit ca. 5 Jahren häufig beim Harnlassen Luftblasen entleerte, die, nach Ausschluss anderweitiger Entstehung, sich spontan in der Blase entwickelt haben mussten. Der Urin war trübe, von eigenthümlichem, nicht aber üblem Geruch, von blassgelber Farbe und saurer Reaktion. Mikroskopisch fanden sich Blasenepithelien, Leukocyten und sehr zahlreiche Mikroorganismen. Es bestand unvollkommene Entleerung der Blase (Residualurin etwa 400 ccm), häufige Inkontinenz, Urindrang (über das Verhalten der Prostata ist nichts angegeben). In dem frisch entleerten Urin war ein Zuckergehalt von 0,6—2,5% nachzuweisen.

Das in Quantitäten von 12—52 ccm aufgefangene Gas war geruchlos; an der Flamme entzündete es sich, nachdem die in ihm enthaltene Kohlensäure und

Sauerstoff entfernt war, mit deutlichem Knall und verbrannte mit gelblicher Farbe. Die Hauptmenge des Gases bestand aus Wasserstoff, daneben fand sich Kohlensäure, Stickstoff und Spuren von Sumpfgas, so wie in der einen Analyse ein wenig Sauerstoff.

Auch im Gährungskölbchen ließ sich aus dem frisch entleerten Harn des Pat. Gas entwickeln. Es war damit erwiesen, dass das Gas aus dem Harne selbst entsteht. »Dass der Zucker diejenige Substanz war, durch deren Vergährung sich das Gas gebildet hatte, scheint daraus hervorzugehen, dass es im länger aufbewahrten und also bereits vergohrenem Harn nicht gelang, Zucker aufzufinden, während frisch entleerter Harn ca. 1% Traubenzucker enthielt.« Den Erreger dieser Gährung zu züchten, gelang bisher nicht.

Auf den Zusammenhang der Gasentwicklung in der Blase mit Glykosurie hat zuerst (1883) Guiard, ein Schüler Guyon's, hingewiesen. Seine Annahme, dass das Gas ein Produkt einer alkoholischen Gährung durch Hefepilze und demnach Kohlensäure sein müsse, findet in der Analyse des vorliegenden Falles keine Stütze; wohl aber seine Angabe, dass als zweiter Faktor zur Entstehung der Pneumaturie es nöthig ist, dass vorangegangene lokale Eingriffe Mikroorganismen in die Blase transportirten.

(In der aus der Litteratur zusammengetragenen Kasuistik hätte noch eine Beobachtung von Duménil[1] Erwähnung verdient. Dieselbe ist um so interessanter, weil erst die Pneumaturie zur Entdeckung des Diabetes führte und weil mit der Behandlung des Diabetes und der Beseitigung der Glykosurie auch die Gasentwicklung im Urin spontan cessirte. Ref.) **A. Freudenberg** (Berlin).

21. **von Brincken.** Beitrag zur Therapie des Hydrops articulorum intermittens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 32.)

Verf. behandelte eine 25jährige Dienstmagd an einem alle 12 Tage recidivirenden Hydrops beider Kniegelenke. Das Leiden bestand bereits seit dem 13. bis 14. Lebensjahre und war bisher vergeblich chirurgisch behandelt worden. Bei der Untersuchung fand sich ein beträchtlicher Milztumor. Es gelang den ersten Anfall mit Chinin zu unterdrücken. Da Chinin aber später im Stich ließ, wurde Pat. mit Arsen behandelt. Die Anfälle blieben (nunmehr seit einem Jahre) aus, der Milztumor nahm ab, das Allgemeinbefinden besserte sich beträchtlich. Verf. glaubt sich zu der Annahme berechtigt, dass das Krankheitsbild infektiösen Ursprungs, als eine der Malaria verwandte Infektionskrankheit aufzufassen sei.

Peiper (Greifswald).

22. **Kreuzeder.** Zur Behandlung der Hydropsie mit Kalomel.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Oktober.)

K. hat durch Kalomel mit etwas Opium oft mit Erfolg Hydropsie beseitigt, welche durch Digitalis nicht beeinflusst werden konnte. Er hat aber in 2 Fällen, wo cariöse Zähne vorhanden waren, trotz sorgfältiger Pflege der Mundhöhle, schwere Stomatitiden erlebt. K. warnt daher vor Anwendung des Mittels bei Pat. mit cariösen Zähnen.

Rosin (Breslau).

23. **M. Steiner.** Über Sulfonal.

(Therapeutische Monatshefte 1889. Oktober.)

Bei einem Pat., welcher nach jahrelangem Chloralgebrauch wegen Schlaflosigkeit Zeichen von beginnender Herzschwäche zeigte, konnte durch Sulfonal ein vollständiger Ersatz für das Chloral geschaffen werden. Eine Gewöhnung an das Mittel trat nach halbjährigem Gebrauche nicht ein. Stets wirkte dieselbe Menge (2,0 g); in der letzten Zeit konnte sogar häufig das Mittel ausgesetzt werden.

Rosin (Breslau).

---

[1] Annal. des malad. des organes génito-urin. 1884. Dec. Citirt von Guyon in seinen »Leçons sur les maladies des voies urin. 2. éd.

24. **Dornblüth.** Über einige beruhigende Mittel für Geisteskranke.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

Das Hyoscin hydrobrom, von D. bereits 1888 in der Berliner klin. Wochenschrift empfohlen, hat nach weiteren zahlreichen Versuchen sich unverändert als ein kräftiges Narcoticum bewährt, namentlich bei Erregungszuständen Geisteskranker. Jedoch geht aus der Veröffentlichung zugleich hervor, dass das Mittel, namentlich subkutan wegen seiner alarmirenden Nebenerscheinungen und toxischen Eigenschaften nur mit Vorsicht anzuwenden sei. Die innerliche Verabreichung erfolgte in Dosen von 1—2 mg. Ferner hat sich dem Verf. noch das Codein (in Dosen von 0,06—0,08, 2—3mal täglich, halb so viel subkutan) als wirksames Hypnoticum ergeben, doch schwächer als das Hyoscin, dagegen frei von jeglichen Nebenerscheinungen. Zur subkutanen Injektion empfiehlt sich wegen besserer Löslichkeit sein phosphorsaures Salz. **Rosin** (Breslau).

25. **M. Bernhardt.** Beitrag zur Lehre von den allgemeinen und lokalen traumatischen Neurosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 18.)

B. beschreibt zunächst einen Fall, bei welchem nach einem Eisenbahnunfall die Erscheinungen einer chronischen Rückenmarkskrankheit, wahrscheinlich Tabes, erheblich gesteigert wurden und nebenbei sich die prägnanten Erscheinungen der allgemeinen traumatischen Neurose entwickelten.

Die zweite Beobachtung betrifft einen typischen Fall von lokaler traumatischer Neurose (Strümpell). Einem 30jährigen nicht nervösen Arbeiter wird durch eine fallende Kiste das linke Schulter- und Ellbogengelenk ausgerenkt und kontusionirt. Kurz danach ein Gefühl, als ob der linke Arm nicht mehr vorhanden sei. Nach 14 Tagen fand B. folgende Veränderungen: Lähmung des Deltoideus sin. der linken Hand und Finger bei wohl erhaltener Beugung und Streckung, Pronation und Supination des Vorderarmes im Ellbogengelenk. Im Bereiche der linken Hand und eine Hand breit über derselben absolute Anästhesie. Excentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Farben und größere Objekte. Im Übrigen auch in psychischer Beziehung völlig normales Verhalten. Elektrische Erregbarkeit auch in den gelähmten Muskeln wohl erhalten. Nach einwöchentlicher, täglich ausgeführter elektrischer Behandlung, verbunden mit gütlichem Zureden, die durch den elektrischen Strom bewegten Muskeln auch willkürlich in Thätigkeit zu setzen, erfolgte völlige Wiederherstellung (ohne Hypnose).

Auch, was die Prognose betrifft, hat also dieser charakteristische Fall von traumatischer Neurose, welche nach den Erfahrungen von B. nicht sehr häufig sich findet, dem von Strümpell gezeichneten Bilde entsprochen.

A. Cramer (Eberswalde).

26. **Martius und Hansemann.** Ein Fall von Myotonia congenita intermittens.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 587.)

Ein 21jähriger sonst gesunder Maschinenbauer leidet seit seiner frühesten Kindheit anfallsweise an folgenden Erscheinungen: Namentlich nach plötzlich auftretenden Abkühlungen, selten im Sommer, fast täglich im Winter, und zwar meistens am Morgen fühlt Pat. eine eigenthümliche Schwäche in der Hand, verliert sodann die Herrschaft über die letztere, und schließlich bleibt die Hand bei einem Versuche, die Finger zu strecken, in Klauenstellung stehen (Höhe des Anfalls). Passiv sind die Finger leicht zu strecken. Einen kräftigen Druck kann Pat. mit der Hand ausüben, dagegen ist er nicht mehr im Stande, sofort nach Belieben die Druckstellung der Hand zu lösen, dieses gelingt erst nach mehreren Sekunden, nachdem der Krampf geschwunden. Auch im Biceps brachii und in der Kaumuskulatur findet sich, allerdings nur für kürzere Zeit, eine solche Nachdauer der Kontraktion. Die mechanische Erregbarkeit der motorischen Nerven ist in den betroffenen Gebieten gering, dagegen die der Muskulatur erhöht. Die elektrische

Erregbarkeit vom Nerven aus normal. Bei direkter galvanischer Reizung der Muskulatur exquisit tonische Reaktion mit ausgesprochener Nachdauer, auch bei direkter faradischer Reizung mit sehr starken Strömen deutliche Nachdauer der tetanischen Kontraktion. Dieser Befund entspricht der myotonischen Reaktion Erb's, nur fehlen nachdauernde Kontraktionen nach stärkeren faradischen Strömen (vom Nerven aus), so wie nach labiler Reizung, und rhythmische, wellenförmige Kontraktionen bei stabiler Stromeinwirkung.

Diese eigenthümlichen Krankheitserscheinungen lassen sich in der Familie des Pat. bis auf den Urgroßvater mütterlicherseits verfolgen. Zum vollständigen von Erb vorgezeichneten Bilde der Thomsen'schen Krankheit fehlen noch einzelne Symptome und bezeichnen desshalb die Verff. die vorliegende Krankheit mit Rücksicht auf das anfallsweise Auftreten der krankhaften Erscheinungen als Myotonia congenita intermittens, den Anfall selbst als »myotonischen« Anfall. Bemerkenswerth ist noch, dass mit dem myotonischen Anfall auch die myotonische Reaktion schwindet.

Den Schluss der interessanten Mittheilung bildet der Befund in der Muskulatur, welcher den Mittheilungen von Erb ungefähr entspricht: Außerordentliche Verbreiterung der Primitivbündel, Kernvermehrung und Kernrieflung, undeutliche Begrenzung und Querstreifung, Schlängelung und Einschnürung der Primitivbündel. Ob sich die Muskeln während der langen anfallsfreien Zeit im Sommer anders verhalten, als während des myotonischen Anfalls, ist nicht angegeben, auch fehlt ein Vergleich mit der nicht betroffenen Körpermuskulatur.

A. Cramer (Eberswalde).

27. **Sokolowski.** Über luetische Stenose der Trachea und der Bronchien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 10.)

In beiden Fällen, von denen der eine einen 19jährigen Bauer, der andere einen 56jährigen Mann betraf, handelte es sich außer einer Stenose der Trachea (und der Bronchien) auch um Paralyse der Mm. crico arytaenoidei postici. In dem einen Falle wurde die Diagnose durch die Sektion bestätigt, als Ursache der Kehlkopfmuskellähmung Anschwellung der Drüsen, welche die Nn. recurrentes umgeben, gefunden, an den Muskeln selbst aber keine Veränderung nachgewiesen. In dem zweiten Falle wurde die Autopsie versagt. **Seifert** (Würzburg).

28. **Ch. H. Chetwood.** The toxic effect of cocaine hydrochlorate, with report of a case.

(Med. record 1889. August 10.)

Bei einem 25jährigen Pat. sollte eine im vorderen Theile der Urethra befindliche Striktur gespalten werden. Zur vorläufigen Anästhesirung wurde etwas mehr als eine Drachme (4 g) einer 4%igen Cocainlösung injicirt; wie C. vermuthet, hatte durch Einführung von Bougies kurz vorher die Urethralschleimhaut vielleicht eine Läsion erfahren, in Folge deren die Resorption der Cocainlösung erleichtert war; denn bereits 3 Minuten nach der Injektion des Cocains begann der Pat. schon unnatürlich nervös und aufgeregt zu werden, seine Pupillen erweiterten sich deutlich und die Lidspalte vergrößerte sich. Der Aufregungszustand glich bald einem akuten maniakalischen Anfall, außerdem zeigten sich in verschiedenen Muskeln tetanische oder tonische Krämpfe. Der Puls war ein wenig verlangsamt und die Haut war am ganzen Körper blass. Nach Verlauf einer Viertelstunde hatten sich die stürmischen Symptome gelegt und Pat. konnte zu Bett gebracht werden; nach der Wiederherstellung besaß er keine deutliche Erinnerung mehr für das Vorgefallene. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

29. **Kröll.** Zur Therapie des Erysipels.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

Nach einer kurzen Besprechung der bisher gebräuchlichen Heilmethoden gegen das Erysipel empfiehlt K. die Anlegung eines komprimirenden Kautschukringes

an die das Erysipel begrenzenden Hautschichten, an den Extremitäten einen 6 bis 8 mm dicken Schlauch, am Kopfe einen 3 cm breiten Gummiring. Der Schlauch muss um die Extremitäten so herumgelegt werden, dass er sie mindestens 5 cm breit bedeckt und nur so fest, dass die distalen Arterien deutlich pulsiren. Um die Wanderung des Gesichtserysipels auf den Kopf zu verhüten, wird ein Gummiring quer über Stirn und Hinterhaupt angelegt. Nach dem Halse zu ist eine Abgrenzung meist überflüssig, da die Erysipele dort meist zum Erlöschen kommen, ohne weiterzurücken. Verf. hat mit diesem Verfahren die günstigsten Resultate erzielt und empfiehlt es der Weiterverbreitung. **Rosin** (Breslau).

30. **Santi.** Enthält das menschliche Hautfett Lanolin?

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 4.)

Als sicherer Fundort für das Lanolin existirt nach S. bisher nur die Schafwolle, alle anderen Horngebilde enthalten dasselbe nicht. Speciell sei es nicht vorhanden in der Oberhaut des Menschen, wie eine »unerwiesene Behauptung von autoritativer Seite« gewollt hat. Dagegen führen die Knäueldrüsen und die Epidermis eine ungeahnte große Menge von Cholesterin.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

31. **H. Senator.** Kombination von Alopecia areata und Vitiligo.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang 1889. p. 341.)

Bei einem 32jährigen Schriftsetzer, welcher Zeichen beginnender Bleikachexie (Blässe, Abmagerung, Schwäche der Arme, neuralgische Beschwerden) darbot, entwickelte sich vor $1^1/_2$ Jahren, nachdem er viel an Kopfschmerzen gelitten hatte, eine Alopecia areata. Die Erkrankung hatte zu fast vollkommener Kahlheit des Kopfes geführt, außerdem waren auch Augenbrauen, Wimpern und Barthaare in erheblicher Weise betheiligt, während die Achselgruben und die Schamgegend nicht nachweisbar ergriffen waren. Außerdem zeigten sich am Hals, Nacken und Rumpf einige deutliche auffallend weiße Vitiligoflecke, welche sich gut von der übrigen Haut abhoben. Die Sensibilität zeigte hier eben so wenig wie auf den kahlen Stellen irgend welche Abnormität.

Da man beide Erkrankungsprocesse unter die Kategorie der Trophoneurosen zählt, so muss es, wie S. bemerkt, auffallen, dass eben dieses Zusammentreffen beider, wenn auf gleicher Ursache beruhender, Affektionen so selten beobachtet ist und dieser Umstand scheine ihm wohl geeignet, eher gegen die trophische Natur, wenigstens der Alopecia areata zu sprechen. **Joseph** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

32. **Brückner.** Neue und naturgemäße Darlegung der Physiologie und Pathologie des menschlichen Magens.

Ludwigslust, **Hinstorff**'sche Hofbuchhandl., 1889. 44 S.

Die vom Verf. aufgestellten Grundsätze der Verdauung im menschlichen Magen unter normalen und krankhaften Verhältnissen weichen in vielen Stücken von den bisher geltenden ab. Der Magen des stehenden Menschen hängt horizontal, so dass der Fundus- mit dem aufsteigenden Pylorustheil ein System kommunicirender Röhren bildet. Hieraus ergeben sich bei verschieden starker Magenfüllung und bei anderer Stellung des Körpers verschiedene Berührungsorte des Mageninhaltes mit der Magenschleimhaut. Die Speisen selbst, die Milch- und Salzsäure reizen die Magenmuskulatur und bewirken Kontraktion derselben. Die Funktionen der Muskeln des Fundustheiles und Pylorustheiles sind einander entgegengesetzte. Am Pylorus entsteht durch den Reiz Kontraktion der Muskeln, Schluss des Pförtners, und durch Fortsetzung des Reizes auf den Pylorustheil antiperistaltische Bewegung. Dieses sind die beiden Hauptthätigkeiten der Magenmuskulatur während der Verdauung; sie hindern die zu schnelle Hinabbewegung des Inhaltes. Bei

neutralem Mageninhalt öffnet sich der Pylorus und schließt sich bei saurem; daher lässt der Pförtner den neutralen Chymus passiren und hindert den Übertritt des noch unverdauten, mit Säure gemischten. Die Speisen und Säuren, die den Pylorus reizen, sind bei Berührung auch Reiz für die Muskulatur des Fundustheils, welche, wenn sie in allen Theilen zugleich vom Reiz getroffen wird, zur Entstehung der »Magenpresse« Veranlassung giebt. Diese drückt gleichmäßig von allen Seiten auf den Mageninhalt, welcher nach dem Ort des geringsten Widerstandes ausweicht. Dem schwachen Säuregehalt entsprechend sind die Magenbewegungen bei normaler Verdauung gering; die schwächere Muskulatur des Fundustheiles kann bei normaler Verdauung die von denselben Reizen in Thätigkeit versetzte Muskulatur des Pylorus nicht überwinden.

Unter krankhaften Verhältnissen gelten dieselben Gesetze mutatis mutandis wie bei der gesunden Verdauung. **G. Meyer** (Berlin).

33. **F. Widal.** Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmasia alba dolens et l'Érysipèle.

Paris, **G. Steinheil,** 1889.

Sorgfältige bakterio- und histologische Arbeit über puerperale Infektion aus dem Laboratorium Cornil's. Es wurden untersucht: die Eiterungen (im Uterus oder periuterinen Gewebe lokalisirte Eiterung, eitrige Peritonitis, eitrige Pleuritis. Pyämie), die pseudomembranöse Form, die reine Septikämie, die Phlegmasia alba dolens. Unter 24 Beobachtungen fanden sich in zwei Fällen die von Albarran und Hallé im Urin gefundenen pyogenen Stäbchen, in allen anderen Fällen war der Streptococcus des Puerperalfiebers, den W. nach seinen Experimenten mit dem Streptococcus pyogenes und Erysipelatos (mit Recht, Ref.) für identisch hält, von der Schleimhaut des Uterus eingewandert, durch welche nur vereinzelt und nur sekundär andere Bakterien (wie z. B. die Staphylokokken) passirten. Die Verschiedenheit der von dem Streptococcus erzeugten Erkrankungen erklärt sich aus dem Wechsel seiner Virulenz, welche für die Infektionskrankheiten neben der Natur des Bakteriums, seiner Menge, seiner Eintrittspforte und der Disposition der Gewebe eine wichtige Rolle spielt. Die Abschwächung der Virulenz und Verminderung der Keimzahl bei einer eitrigen Pleuritis wurde die Veranlassung, sich therapeutisch auf die Thorakocentese zu beschränken, nach deren dreimaliger Ausführung Heilung erfolgte.

Bezüglich der Bemerkungen über die Biologie des Streptococcus, so wie der histologischen Détails sei auf das Original verwiesen. **H. Neumann** (Berlin).

34. **Seidel.** Die Pathogenese, Komplikationen und Therapie der Greisenkrankheiten.

Berlin, **Heuser's** Verlag, 1889. 45 S.

Verf. schildert im vorliegenden Büchlein zunächst die anatomischen Veränderungen, die sich in den einzelnen Organen des Körpers in Folge des Alters vollziehen. Sodann unterzieht er in einem zweiten Theile einzelne Erkrankungen, die im Greisenalter besonders häufig vorkommen und durch Komplikationen gefährlich werden können, einer Besprechung; einen großen Theil dieses Kapitels füllt die Beschreibung der Pneumonie, dann folgen die Krankheiten des Verdauungstractus, die Neubildungen, Hautkrankheiten, Affektionen des Gehirns und Rückenmarks. Der letzte Theil handelt von der Hygiene und Prophylaxe und von der Therapie der erwähnten Erkrankungen; wesentlich Neues ist darin nicht niedergelegt.

M. Cohn (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 7. **Sonnabend, den 15. Februar.** **1890.**

Inhalt: Bräutigam und **Nowack**, Erregt Perubalsam Nephritis? (Original-Mittheilung.) 1. **Heintz**, 2. **Harnack**, Adstringentien. — 3. **Behring**, Ätiologie des Milzbrandes. — 4. **Leo**, Bulimie. — 5. **de Brun**, Denguefieber. 6. **Ernst**, Brompräparate und Menstruation. — 7. **Rosenbusch**, Cascara sagrada. — 8. **Schmidt**, Sulfonal. — 9. **Stern**, Hydronaphtylamine und Hydronaphtochinoline. — 10. **Filehne**, Harn bei Pyrodinvergiftung. — 11. **Klimesch**, Selbstvergiftung mit Kaliumbichromat. — 12. **Honigmann**, Strychninvergiftung. — 13. **Stille-Ihlienworth**, Vergiftung durch Creolineinathmung. — 14. **Lukasiewicz**, Intoxikation durch subkutane Injektion von Ol. cinereum. — 15. **Landgraf**, Sarkom des Mediastinum. — 16. **Malfatti**, Physiologische Albuminurie. — 17. **Fabre**, Hautemphysem bei Diphtherie. — 18. **Rusche**, Leberabscess beim Säugling.
Bücher-Anzeigen: 19. **Flechsig**, Bäderlexikon. — 20. **Steinhaus**, Ätiologie der akuten Eiterungen. — 21. **Bourneville** und **Bricon**, De l'épilepsie procursive.

(Aus dem Stadtkrankenhause zu Dresden.)

Erregt Perubalsam Nephritis?

Von

W. Bräutigam und **E. Nowack.**

Die Gefahr der Nephritis nach Balsambehandlung, speciell nach Kopaivabalsam und Styrax, ist bekannt. Von Nephritis nach Perubalsambehandlung jedoch liegen bisher nur 2 Angaben in der neueren Litteratur vor, von Litten (Charité-Annalen 1879 p. 187) und v. Vámossy (Wiener med. Presse 1889 No. 17—20). Im 1. Falle handelte es sich um einen bleikolikkranken, scabiösen Maler, der jedes Mal nach Einreibung mit Perubalsam Blut, Epithelien und Cylinder im Harn aufwies, während v. Vámossy über 4 (von 28) Fälle berichtet, bei denen nach Behandlung mit Perubalsamgaze Nierenreizung eintrat. Dabei ging mit der Albuminurie eine zunehmende Bräunung des Harnes Hand in Hand.

Name	Geschlecht	Krankheit	Farbe	Geruch, spec. Gew. Menge	Reaktion	Eiweiß und mikroskop. Bestandtheile	Gesammtmenge des verabreichten Perubalsams
Wendler	m.	Phthis. pulm.	hellgelb	normal	schwach sauer	fehlen	7 Injektionen innerhalb 16 Tagen
Schmalz	m.	» »	bouillonartig	»	erst schwach alkalisch, dann sauer	»	8 » binnen 20 Tagen
Hantsche	w.	Fung. genu	»	»	sauer	»	8 » örtlich innerh. 20 Tagen
Heuchel	m.	Phthis. pulm.	»	»	»	»	4 Injekt. u. 15 g in Pillen innerh. 20 Tg.
Klawerisch	m.	Emphysema	erst blassgelb, dann dunkelgelb	»	»	»	8 » innerhalb 14 Tagen
Kotiga	m.	»	bouillonfarbig	»	stark sauer	»	10 » u. 41 g in Pillen innerh. 15 Tg.
Voss	m.	Phthis. pulm. c. pleuritide	»	»	»	»	10 » » 53 g » » » 22 Tg.
Wackernagel	m.	Bronchitis	hellgelb	»	sauer	»	6 » » 25 g » » » 14 Tg.
Matthes	w.	Parametritis	blassgelb	»	schwach sauer	»	21 g in Pillen innerhalb 10 Tagen
Hennig	w.	»	»	»	sauer	»	dessgl.
Rudolf	m.	Emphysema	bernsteingelb	»	stark sauer	»	50 g in Pillen in 21 Tagen
Müller	m.	Bronchitis	bouillonartig	»	schwach sauer	»	6 g in Pillen in 5 Tagen
Bieda	m.	Phthis. pulm.	»	»	stark sauer	»	30 g in Emulsion / 23 g in Pillen } 4 Injektionen innerhalb 11 Tagen
de Bortoli	m.	Malaria	Anfangs hellgelb, später goldgelb	»	»	»	30 g in Emulsion / 50 g in Pillen } innerhalb 24 Tagen
Knauth	w.	Scabies	blassgelb	»	sauer	»	20 g Einreibung innerhalb 2 Tagen
Richter	m.	»	goldgelb	»	»	»	75 g » » 2 »
Thübel	w.	»	bernsteingelb	»	»	»	125 g » » 2 »
Selmann	w.	»	blassgelb	»	schwach sauer	»	75 g » » 2 »
Riffert	m.	»	»	»	sauer	»	75 g » » 2 »
Israel	m.	»	hellgelb	»	»	»	40 g » » 2 »
Gorenflo	m.	»	goldgelb	»	schwach alkalisch	»	40 g » » 2 »
Keimling	m.	Pruritus	hellgelb, später dunkelgelb	»	sauer	»	150 g innerhalb 14 Tagen.

Dem entgegen steht die Ansicht Landerer's, der dem Perubalsam jede Art von Fernwirkung abspricht.

Verff. untersuchten desshalb systematisch an 22 leichteren Kranken das Verhalten des Perubalsams auf die Nieren, indem sie fast täglich den Harn auf Farbe, Geruch, spec. Gewicht, Menge, Reaktion, Eiweiß, mikroskopische Bestandtheile prüften. Die Darreichung erfolgte a) per os (in 20%iger Ölemulsion und Pillen, Anfangs mit Wachs zu 0,1, später mit Magn. usta zu 0,2), b) subkutan (je 1 g einer 20%igen Emulsion ohne Öl), c) äußerlich (kräftige Einreibung in die Haut). Das Ergebnis zeigt nebenstehende Tabelle.

Wir können also die Angaben Nothnagel's und Rossbach's (Arzneimittellehre 1887), dass Perubalsam, »innerlich in größeren Gaben Magen-Darmkatarrh und überhaupt auf allen Schleimhäuten Entzündung erregt«, nicht bestätigen. Selbst Dosen von 53,8 und 80 g innerhalb 11 und 24 Tagen wurden vollkommen reaktionslos vertragen. Weder trat eine Bräunung des Harns ein, noch Magen- und Darmbeschwerden. Auch die Menge des Harns blieb innerhalb normaler Breite. Die höchste Tagesdosis betrug dabei 11 g.

Dass der Perubalsam wirklich resorbirt wurde, bewies die stark saure Reaktion des Harns, vornehmlich durch die erhebliche Vermehrung der Hippursäure. Sie betrug z. B. bei Bortoli vor den Versuchen 0,96 g, nach Genuss von 11 g (pro die) 4,35 g binnen 24 Stunden (Methode Cazeneuve).

Keinesfalls ist also der Perubalsam in seiner Wirkung auf Schleimhäute und Nieren mit dem Kopaivabalsam, Styrax etc. zu vergleichen. Den Grund möchten wir in dem verschiedenen Gehalt an ätherischen Ölen suchen. Denn während der Kopaivabalsam 18—80% solcher aufweist, enthält echter Perubalsam überhaupt keine ätherischen Öle (Möller, Hager), sondern nur ca. 50% zimmtsauren Benzyläther, 8—10% Zimmtsäure und ca. 30% Harze. Dagegen ist bekannt, wie oft er mit anderen flüchtigen Ölen etc. verfälscht wird. Vielleicht ist darauf die Nierenreizung in Litten's und v. Vámossy's Fällen zurückzuführen. Auf die Echtheit des Präparates ist desshalb auch aus diesen Gründen Werth zu legen. Wir selbst bezogen den Perubalsam von Gehe & Co., Dresden.

---

1. **R. Heintz.** Die Wirkung der Adstringentien.

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie und für klin. Med. Bd. CXVI. Hft. 2.)

2. **Erich Harnack.** Über den Begriff der adstringirenden Wirkung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 26.)

H. hat mikroskopisch zunächst am Froschmesenterium die Einwirkung verschiedener Adstringentien auf die Weite der Gefäßbahnen bei Bespülung mit verschiedenen, besonders schwächeren Koncentrationen dieser Arzneistoffe beobachtet. Es ergab sich, dass Tannin, auch als Natriumverbindung, Alaun und die Salze der Schwerme-

talle: Blei, Zink, Eisen, Kupfer, Silber und Quecksilber in geringen Koncentrationen Gefäßverengerung bewirken, in stärkeren Koncentrationen dagegen eine von einer kurz dauernden Verengerung eingeleitete Erweiterung der Gefäße. Argentum nitricum unterscheidet sich von anderen Metallsalzen dadurch, dass es, energischer wirkend, festere Eiweißverbindungen liefert, in Folge deren aber sein weiteres Eindringen in die Tiefe erschwert ist und somit seine Wirkung mehr oberflächlich bleibt. Den Beobachtungen am Kaltblüter entsprechend stellte H. vergleichende Versuche am Kaninchen (Conjunctiva so wie Mesenterium) an.

Die Wirkung des Tannins müsste sich innerhalb der Blutbahn, falls es allgemeine Gefäßverengerung hervorzurufen im Stande wäre, durch Steigerung des Blutdrucks dokumentiren, was aber nicht der Fall war.

Die styptische Wirkung der Adstringentien in Gefäßkontraktion bewirkenden Dosen genügt indessen nicht einmal zur Stillung kapillärer Blutungen.

Die entzündungshemmende Wirkung der Adstringentien war am Froschmesenterium durch Verhinderung resp. Sistirung der Leukocytenauswanderung aus den Gefäßen mikroskopisch sehr schön zu konstatiren. Wie H. besonders für das Silbernitrat annimmt, bewirkt dessen in der Histologie viel benutzte Verwandtschaft zu der Kittsubstanz der Gefäßendothelien eine derartige Modifikation der Kittsubstanz, dass den Leukocyten der Durchtritt durch sie unmöglich gemacht wird. —

Wie Harnack aus einander setzt, handelt es sich bei der Adstringirung mehr um eine Verdichtung als um eine Zusammenziehung des Gewebes, so dass letzteres überhaupt mehr passiv als aktiv dabei betheiligt ist. Unter den überaus verschiedenen Stoffen, welche zur adstringirenden Wirkung verwandt werden, ist die ihnen gemeinsame: die Entstehung einer unlöslichen Substanz in den oberflächlichen Schichten des Gewebes herbeizuführen; es entsteht so ein Druck von der Oberfläche her auf das Gewebe, welcher allen Folgen des entzündlichen Processes, der Zellproliferation, der Schwellung und Auflockerung, dem Blutreichthum, der Hypersekretion etc. entgegenwirkt.

Diese unlösliche Substanz kann vor Allem erzeugt werden aus dem Eiweiß des Gewebes selbst; da hierbei das betreffende Eiweiß zugleich abgetödtet wird, sind die derart wirkenden Adstringentien Ätzmittel im Grunde genommen; es kommt bei ihrer Anwendung daher darauf an, mit Vorsicht ihre Einwirkung so zu reguliren, dass nur die oberflächlichen Gewebsschichten in geringer Ausdehnung abgetödtet werden.

In diese erste Gruppe der Adstringentien, welche zugleich Ätzmittel sind, gehören:

A. Die Eiweiß in unlöslichen Verbindungen fällenden Gerbsäuren, Thonerde und Metallsalze.

B. Die das Eiweiß bloß coagulirenden, bei welchen die adstringirende Wirkung nicht sehr ausgesprochen ist; diese sind:

1) Alkohol (wirkt zugleich lokal reizend),

2) Phenol (wirkt intensiv ätzend).

Zur zweiten Gruppe der Adstringentien (nicht ätzende) rechnet H.:

A. Solche lösliche Stoffe, wie z. B. Kalkwasser, welches durch Bildung von Calciumcarbonat und Kalkseifen unlösliche Verbindungen auf der Applikationsstelle eingeht.

B. Unlösliche, sehr fein vertheilte Stoffe, wie Zinkoxyd, Bismuthnitrat basisches etc., welche mehr nur eine mechanisch schützende Decke bilden können; eine tiefere und anhaltendere Wirkung ist bei denselben nicht möglich. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

3. **Behring.** Beiträge zur Ätiologie des Milzbrandes. IV u. V. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VI. 1889.)

Schon an früheren Stellen hat B. auf die Möglichkeit einer scheinbar paradoxen Wirkung unserer antiseptischen Mittel hingewiesen. Die Ursache einer solchen kann in einer Reihe von Fällen die sein, dass ein gewisses Quantum des antiseptischen Mittels dazu dient, im Nährboden schon vorhandene entwicklungshemmende Substanzen in ihrer Wirkung zu paralysiren (vgl. z. B. Kalk und Kohlensäure), wodurch sogar eine wachsthumsfördernde Wirkung zu Stande kommen muss. In anderen Fällen vermindert der Salzgehalt des Nährbodens die Wirkung des antiseptischen Mittels; Kochsalz z. B. fällt aus Silbernitratlösungen Silberchlorid, das zwar in Ammoniak, organischen Basen und in Eiweiß enthaltenden Nährmedien wieder aufgelöst wird, aber als Silberoxyd, dessen antiseptische Wirkung etwa 3mal geringer, als die des Silbernitrats ist.

Noch in anderer Weise ergeben sich Differenzen in der entwicklungshemmenden Wirkung eines Mittels aus der Beschaffenheit des Nährbodens: je nachdem nämlich derselbe eiweißhaltig oder eiweißfrei ist. Vom Auro-Kalium cyanatum, das B. in dieser Beziehung untersuchte, ist in eiweißfreien Substraten noch in fast millionenfacher Verdünnung der entwicklungshemmende Einfluss bemerkbar; im Blutserum dagegen ist ein solcher erst bei 1:20000 bis 1:30000 zu bemerken. Und zwar sind es die Globuline des Blutserums, welchen diese abschwächende Wirkung zukommt; wurden sie vollständig entfernt, so trat die entwicklungshemmende Thätigkeit des Goldes schon bei weniger als 1:100000 ein, während in den Paraglobulinlösungen, gleichgültig, ob sie frisch untersucht wurden oder ob durch Kochen ihr Fibrinogen und Fibrinferment vorher zerstört war, ein Goldzusatz von 1:15000 nothwendig war.

Ein zweiter Beitrag bezieht sich auf die »relative Giftigkeit« einiger neugeprüfter antiseptischer Mittel, des Kaliumquecksilber-

cyanids, des Kaliumsilbercyanids und des Kaliumgoldcyanids. Bekanntlich hat B. schon früher darauf hingewiesen, dass zwar für die Desinfektionspraxis die von R. Koch gegebenen Grundsätze zur Beurtheilung desinficirender Mittel völlig ausreichen, dass dagegen für antiseptische Mittel, überhaupt für solche, die am Lebenden Verwendung finden sollen, noch ein anderer Punkt ausschlaggebend ist: ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen entwicklungshemmender und tödlicher Dosis. Diese relative Giftigkeit bestimmte er, indem er den Gehalt des Blutserums an der betr. Lösung, der nothwendig ist, um das Wachsthum von Milzbrand aufzuheben, beim Karbol z. B. $^1/_{600}$, durch die Gewichtsmenge des Mittels dividirt, die bei subkutaner Injektion für das Thier, auf 1 Kilo berechnet, tödlich ist, beim Karbol z. B. $^1/_{3600}$, so dass die relative Giftigkeit des Karbols, eben so wie von Sublimat und Jodtrichlorid = 6 ist. Günstiger stellt sich das Verhältnis für Silberlösung: 4—5, für Chinin. muriat.: 5, ungünstiger für salzsaures Hydroxylamin: 12. Die oben erwähnten Metallverbindungen nun, die vor allen anderen Metallsalzlösungen den Vorzug viel größerer Haltbarkeit besitzen, zeigten eine ganz hervorragende antiseptische Wirkung, sie hemmten das Milzbrandwachsthum im Blutserum in einer Verdünnung von 1:60 000 (Quecksilber), 1:50 000 (Silber), 1:25 000 (Gold); die tödliche Dosis für Meerschweinchen betrug $^1/_{300\,000}$ kg auf 1 kg des Körpergewichts für Quecksilber und Silber, $^1/_{150\,000}$ für Gold. Die relative Giftigkeit stellt sich also auch hier auf 5—6. **Strassmann** (Berlin).

---

4. **Hans Leo.** Über Bulimie. (Aus der III. medic. Klinik und Universitätspoliklinik des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Senator in Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Nach einer ausführlichen Darlegung der verschiedenen über die Entstehung des Hungergefühls herrschenden Ansichten bespricht Verf. an der Hand von mehreren Krankengeschichten Wesen und Ursachen der Bulimie. Es kann sich hierbei zunächst um centrale Processe (hierzu gehört der vom Verf. beschriebene interessante Fall von Bulimie bei Basedow'scher Krankheit) handeln. Auch von anderen Autoren (Rosenthal u. A.) ist Bulimie als Begleitsymptom von cerebralen Erkrankungen beschrieben. Sodann kann Bulimie aus einer direkten chemischen Reizung im Gewebssaft vorhandener anomaler Stoffe oder durch Fehlen normalerweise vorhandener Substanzen entstehen. Ersteres ist z. B. bei Diabetes der Fall. Zu der letzterwähnten Kategorie würden Säfteverluste durch Blutungen gehören, wovon L. einen Fall anführt. In anderen Fällen kann durch einen an sich physiologischen Reiz eine abnorme Erregung des Hungercentrums bewirkt werden, wie bei Ulc. ventriculi, Hyperacidität, Cardialgie, chron. Gastritis u. A. Aber auch vom Darm aus kann der periphere Reiz stammen, z. B. bei Taenia, Diarrhoe. Schließlich

können sowohl direkte als auch indirekte Reizung des Hungercentrums gleichzeitig vorhanden sein (Carcinom, Ektasie, Diarrhoe). Auch die Bulimie bei überreichlichen Menses, so wie bei Gravidität zählt L. hierzu.

Die Prognose der Bulimie ist von dem zu Grunde liegenden Leiden abhängig. Die Therapie hat die Aufgabe, die Grundursache der Bulimie zu bekämpfen, also bei Diarrhoe Opium, bei Taenia vermifuge Mittel, bei Menorrhagie die hier in Betracht kommende Behandlung. Bei direkter Magenerkrankung ist durch lokale Behandlung oder durch allgemeine auf die Verminderung der nervösen Erregbarkeit gerichtete Maßnahmen (Kaltwasserkur, See, Hochgebirge) Erfolg zu erwarten. Ruhe und Enthaltung von Geschäften haben in einigen Fällen guten Erfolg, in anderen wird das Leiden gerade durch angestrengte Arbeit günstig beeinflusst. Von Arzneimitteln empfehlen sich Kalium brom. und nach Rosenthal Kal. arsenicos. subkutan. (Ref. hat von Sol. Fowleri in steigenden Dosen in einem ausgesprochenen Falle von Bulimie völliges Schwinden derselben beobachtet.) Auch der Anwendung der Weir-Mitchell'schen Kur in vorsichtiger Weise redet Verf. zum Schluss das Wort.

J. Boas (Berlin).

---

5. **H. de Brun.** La fièvre rouge en Syrie. Relation d'une épidémie de fièvre Dengue observée à Beyrouth.

(Revue de méd. 1889. No. 8. August 10.)

Verf. hatte Gelegenheit während der Monate August bis December des vorigen Jahres in Beyrouth eine sehr weit verbreitete Epidemie von Denguefieber zu beobachten. Die Bemerkung einmal, dass diese Epidemie von der in Tropenländern beobachteten und beschriebenen wesentlich abwich, dann die entschiedene Tendenz der Krankheit zur Ausbreitung in gemäßigtere Zonen, veranlassten de B. seine Wahrnehmungen in einer umfangreichen Arbeit zu veröffentlichen. Dieselbe zerfällt in 3 große Abtheilungen: die erste enthält eine Schilderung des Denguefiebers in den Tropenländern, die zweite handelt von dem Auftreten der Krankheit in Syrien, in der dritten befasst sich de B. mit der Natur und der geographischen Verbreitung der Dengue.

Mit dem ersten Theil der Arbeit wollen wir uns hier nicht beschäftigen, da die Art des Auftretens der Dengue in den Tropenländern bereits mehrfach, am ausführlichsten wohl von Zülzer (in Ziemßen's Handbuch) beschrieben worden ist.

Seinen zweiten Theil beginnt Verf. mit einer eingehenden Symptomatologie. Die Krankheit setzt gewöhnlich mit einem mehr oder minder heftigen Magenkatarrh ein: belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Aufstoßen, Erbrechen. Der Leib ist dabei leicht aufgetrieben, in der Regio epigastrica auf Druck schmerzhaft. Fast immer besteht Verstopfung.

Neben allgemeiner Mattigkeit und Abgeschlagenheit sind lebhafte Schmerzen vorhanden, die ihren Hauptsitz haben im Kopfe, in den Lenden und in den Knieen. Der Kopfschmerz bildet oft das Hauptsymptom der Erkrankung; meist handelt es sich um Stirnkopfschmerz, sonst sitzt derselbe in den Schläfen oder in der Gegend der Augenbrauen. Derselbe ist oft so heftig, dass jede Bewegung, Sprechen, Geräusch vermieden wird, da die Schmerzen dabei unerträglich werden können. Die Kranken liegen apathisch da, scheuen das Licht, verweigern Speise und Trank. Die Lendenschmerzen sitzen in der Nierengegend, werden bei Bewegungen stärker und oft derart, dass die Kranken aus Furcht vor Schmerzen sogar den Stuhlgang aufzuschieben suchen. Im Bett werden diese Schmerzen geringer; Druck steigert sie nicht. Der für die Dengue charakteristische Schmerz hat seinen Sitz in der Gegend der Kniegelenke. Die Schmerzen werden beim Gehen stärker und geben Veranlassung zu einem für die Krankheit charakteristischen Gange. Im Bett werden die Pat. gezwungen, häufig ihre Lage zu wechseln; die Schmerzen lassen dann etwas nach, um bald darauf von Neuem auszubrechen. Das Kniegelenk selbst ist auf Druck durchaus nicht schmerzhaft; dagegen äußern die Kranken bei Berührung der Muskeln oberhalb des Kniegelenkes heftige Schmerzen. Dieser Sitz der Schmerzen in den Muskeln scheint dem Verf. charakteristisch für die syrische Dengue; Verf. sieht sich noch veranlasst, die Hartnäckigkeit dieser Schmerzen hervorzuheben.

Eines der hervorstechendsten Symptome der Erkrankung ist ferner das Ausbrechen eines Exanthems. Dasselbe ist fast immer vorhanden, wechselt aber sehr in Intensität und Dauer. Oft treten 2mal, meist bei Beginn und Ende der Krankheit, Exantheme auf. Dieselben bestehen meist aus vereinzelten größeren und kleineren rothen Flecken, die oft konfluiren und auf Druck verschwinden. Bevorzugt ist dabei das Gesicht, Hände und Arme. Meist persistirt der Ausschlag 3—4 Tage, oft nur kürzere Zeit. Es schließt sich daran eine Abschuppung, kleienförmig oder in Lamellen; während dieser Zeit werden die Kranken oft von starkem, bisweilen unerträglichem Pruritus geplagt.

Fieber ist fast in allen Krankheitsfällen vorhanden; nur 2mal hat de B. einen völlig fieberlosen Verlauf beobachtet. Meist steigt die Temperatur rasch an, hält sich dann einige Tage auf der Höhe und fällt dann kritisch oder lytisch ab. Sehr hohe Temperaturen kommen selten vor, meist beträgt die Höhe 39—40°. Der Fieberverlauf wird bisweilen durch interkurrente Malaria beeinflusst, worauf besonders zu achten ist. Der Puls ist im Allgemeinen der Temperatur proportional; in der Rekonvalescenz beobachtete Verf. einige Male auffallende Pulsverlangsamung.

Bei sehr hohem Fieber traten Delirien und Schlaflosigkeit ein; sonst wurden, abgesehen von der erheblichen Prostration, Affektionen des Nervensystems nicht beobachtet.

In einer Anzahl von Fällen wurde Leberschwellung und leichter Ikterus vermerkt; Milzschwellung kam nicht vor. Bisweilen konnte auf der Höhe der Erkrankung über der Mitralis ein leichtes systolisches Blasen vermerkt werden, das aber stets wieder verschwand. Erwähnenswerth ist, dass irgend welche Affektion des Respirationstractus niemals zu verzeichnen war.

Diese gewöhnlichen Symptome der Erkrankung sind nun nicht bei jedem Pat. zu verzeichnen: bald tritt dieses, bald jenes Symptom mehr in den Vordergrund, während andere zurücktreten oder ganz verschwinden. Danach unterscheidet Verf. 5 verschiedene klinische Formen der Dengue: die vollständige, gastrische, rheumatoide, die durch Hervortreten des Kopfschmerzes und die durch Stärke des Exanthems charakterisirte. Er entwirft in knappen anschaulichen Zügen ein Bild jeder einzelnen dieser Erscheinungsarten.

Der Verlauf der Dengue in Syrien ist ein leichter; von dem plötzlichen Auftreten und den schweren Erscheinungen (hohes Fieber, unerträgliche Gelenkschmerzen), wie sie in den Tropenländern die Regel sind, ist selten die Rede. Die Dauer der Krankheit beträgt gewöhnlich 3—10 Tage. Die Prognose ist durchaus günstig; in Beyrouth genasen alle Kranke.

Die Rekonvalescenz ist gewöhnlich eine langsame; oft dauern große Schwäche, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit noch 2—3 Wochen an. Rückfälle sind nicht selten; die Erkrankung tritt dann weniger intensiv auf. Ein einmaliges Durchmachen der Dengue gewährt keine Immunität; manche Individuen scheinen für die Erkrankung besonders disponirt zu sein.

Die Diagnose ist nur im Beginne der Epidemie und der Erkrankung schwierig; später führt eine genauere Kombination des Beobachteten leicht zur Unterscheidung von anderen Affektionen.

In leichten Fällen kann sich die Therapie auf Anordnung von Ruhe, Diät und Laxantien beschränken. Bei schwereren Fällen ist im Anfange oft ein Brechmittel recht wirksam; später verabfolgt man Natr. salicylic. oder Antipyrin. Sonst ist die Behandlung eine rein symptomatische.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Betrachtung über die Natur der Dengue, die zweifellos zu den Infektionskrankheiten und wahrscheinlich zu den kontagiösen zu rechnen ist, und über die geographische Verbreitung der Erkrankung. Bezüglich dieses letzten Abschnittes, der, mit außerordentlichem Fleiße bearbeitet, eine hochinteressante Übersicht der zahlreichen in den verschiedensten Ländern seit langer Zeit beobachteten Epidemien bietet, muss auf das Original verwiesen werden. **M. Cohn** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

6. **M. Ernst** (Wien). Über den Einfluss der Brompräparate auf die Menstruation.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 31. p. 486.)

An 3 Pat., welche wegen Epilepsie Bromnatrium in großen Dosen benutzten, beobachtete E. einen deutlichen retardirenden Einfluss auf die Menstruationsperiode; die Möglichkeit, dass die Epilepsie selbst diese Verzögerung der Menstruation, welche zwischen 8—14 Tagen und einmal 3 Monaten sich bewegt, verursachte, schließt E. durch die Krankengeschichten aus. **Prior** (Köln).

7. **L. Rosenbusch** (Lemberg). Einige Bemerkungen über das Extr. Cascarae sagradae als Abführmittel.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 31.)

Das Mittel (Vinum, Extr. etc.) kann in der Dosis von 2—12 g längere Zeit ohne bedeutende Störungen erfolgreich gegeben werden, führt in größeren Gaben bei venöser Stauung im Pfortadergebiete und Hämorrhoiden oft zu Tenesmus und Proktitis catarrhal., steigert in kleinen und mittleren Dosen den Appetit.

K. Bettelheim (Wien).

8. **Schmidt.** Beitrag zur Wirkung des Sulfonals.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1889.

Die vorliegende Arbeit ist zum allergrößten Theile referirender Natur. Nach einer Übersicht über die in neuerer Zeit auf den Markt gebrachten Hypnotica wendet sich Verf. einer ausführlichen Besprechung der bisher in der Litteratur niedergelegten Erfahrungen über die Wirksamkeit des Sulfonals zu.

Die eigenen Versuche S.'s beschränken sich auf 6 Pat., meist Phthisiker, bei denen er das Sulfonal zur Beseitigung lästiger Nachtschweiße in Anwendung zog. Die Dosis betrug 0,5 g und wurden damit meist günstige Erfolge erzielt. Verf. will diese durch eine direkte Einwirkung des Sulfonals auf das Schweißcentrum der Medulla oblongata erkären. Eine Betrachtung der übrigen schweißmindernden Medikamente schließt diesen Theil der Arbeit.

Auf Grund seiner Litteraturstudien glaubt sich schließlich Verf. zu folgenden Anschauungen über das Sulfonal berechtigt:

Sulfonal ist ein brauchbares Hypnoticum, das in den meisten Fällen bei Dosen von 1—3 g sicher wirkt.

Sulfonal wird auch mit gutem Erfolge angewendet bei den Aufregungszuständen der Geisteskranken.

Störungen der Verdauung und der Cirkulation kommen nur selten vor.

Zuweilen treten Eingenommenheit des Kopfes, Schwindel, Taumeln, Ataxie als Folgeerscheinungen auf.

Bei Herzkranken bleibt Sulfonal manchmal wirkungslos.

Bei Herzkranken, zumal mit Kompensationsstörung, hat Sulfonal in einzelnen Fällen Störungen der Herzthätigkeit hervorgerufen und ist desshalb bei solchen Pat. mit Vorsicht anzuwenden.

Sulfonal ist auch ein ziemlich sicheres Antihidroticum; es genügen zur Herbeiführung dieser Wirkung schon kleinere Gaben (0,25—0,5 g).

M. Cohn (Berlin).

9. **R. Stern.** Über die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung bei den Hydronaphtylaminen und Hydronaphtochinolinen.

(Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie Bd. CXVII. Hft. 2.)

Unter den verschiedenen Isomeren sind nur die β-Derivate, welche am stickstoffführenden Ringe hydrirt sind, pharmakologisch wirksam (Erweiterung der Pupillen und der Lidspalte, Verengerung der Ohrgefäße, Temperatursteigerung). Es

ergab sich, dass α-Derivate und solche β-Derivate, welche nur an dem stickstofffreien Ring hydrirt sind, unwirksam sind.

Von den hydrirten Naphtochinolinen war α-Octohydronaphtochinolin unwirksam, von 2 isomeren β-Octohydronaphtochinolinen zeigte sich nur dasjenige wirksam, bei welchem die Hydrirung an dem dem Chinolinkern angehörenden Ringe erfolgt war, während der isomere Körper, welcher am stickstofffreien Ringe hydrirt war, keine specifischen Wirkungen zeigte.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

10. **Filehne.** Der Harn bei Acetylphenylhydrazin- (Pyrodin-) Vergiftung und die Heller'sche Probe.

(Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie Bd. CXVII. Hft. 2.)

In einem Falle von leichter Pyrodinvergiftung (bei schwerer tritt Hämoglobinurie auf) wurde ein braunrother aber hämoglobinfreier Harn abgesondert, welcher die Heller'sche Probe gleichwohl gab. Weder Blutfarbstoff selbst, noch sein nächstes Spaltungsprodukt war im Harn nachweisbar. Dagegen erwies sich der Harn reich an Urobilin. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

11. **Klimesch.** Ein Fall von Selbstvergiftung mit Kaliumbichromat.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 38.)

Ein 43jähriger Mann wird am 2. März 1888 mit heftigem Erbrechen in das Grazer allgemeine Krankenhaus aufgenommen. Er gab an, ein bohnengroßes Stück Kaliumbichromat — etwa 2—3 g — zerrieben und dann ohne Nachspülen mit Wasser in selbstmörderischer Absicht zu sich genommen zu haben. Pat. zeigte die bei Chromvergiftungen gewöhnlich beobachteten Erscheinungen: Würgebewegungen, zeitweiliges Erbrechen, begleitet von intensivem Brennen in der Magengegend; große Abgeschlagenheit; etwas Dyspnoe, Kopfschmerzen, Schwindel; an der Zunge, Wangenschleimhaut, am Palatum molle diffuse Ätzschorfe, leichte ikterische Verfärbung der Haut; vergrößerte Milz; kleinen, sehr frequenten Puls und seit dem 3. Krankheitstage hochgradige Oligurie. Temperatur schwankt zwischen 38,9 und 36,0. 10 Tage nach der Vergiftung stirbt Pat. Die Sektion ergiebt weit ausgebreitete Hämorrhagien in der Lunge, Blutaustritte in fast alle Schleimhäute und neben neuen auch ältere Veränderungen in den Nieren.

Zur chemischen Untersuchung gelangten die erbrochenen Massen, der Harn und die Fäces.

Die Prüfung des alkalisch reagirenden Erbrochenen auf Chrom ergab ein negatives Resultat.

Harn vom Tage der Vergiftung: 50 ccm, schwach sauer reagirend, etwas dichroitisch schillernd; ziemlich reich an Eiweiß; Chrom in nicht unbedeutender Menge vorhanden.

Fäces vom selben Tage: 525 ccm. Leicht getrübte, braungelbe Flüssigkeit, intensiv alkalisch; spec. Gewicht 1009. Bei Zusatz von HCl erfolgte Aufbrausen. Harnstoff und Chrom nicht nachweisbar. Eiweißgehalt 0,327% neben ziemlich beträchtlichem Gehalt an kohlensaurem Ammon.

Harn vom Tage nach der Vergiftung: 300 ccm, lichtgelb, sauer, spec. Gewicht 1013; Sediment gering; zeigte neben vereinzelten Leukocyten und Detritusmassen reichliche granulirte Cylinder. Eiweißgehalt 0,253%. Nur Spuren von Chrom.

Fäces vom 8. März ganz chromfrei.

Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, dass das Kaliumbichromat selbst bei tödlich wirkender Dosis aus dem Organismus sehr rasch eliminirt wird, wenigstens aus dem Harne verschwindet. **M. Cohn** (Berlin).

12. **G. Honigmann.** Beitrag zur Kenntnis der Strychninvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 22.)

In diesem von H. auf der Gießener medicinischen Klinik beobachteten Vergiftungsfalle waren die ersten Symptome der Strychninwirkung erst 5 Stunden nach der Einnahme des Giftes aufgetreten; wahrscheinlich desshalb so spät, weil

das Gift sich in der auf Brot gestrichenen Butter befand, welches Pat. genossen hatte und das Strychnin erst nach der Verdauung der Butter in dem Dünndarm der Resorption zugänglich werden konnte. Die Anfälle waren die typischen Reflextetanie der Strychninvergiftung; sie wurden durch mehrmalige Medikation von 2,0 Chloralhydrat zum Erlöschen gebracht, welche Dosis auch ruhigen Schlaf bewirkte. In dem theils durch Erbrechen, theils durch Ausspülung entleerten Mageninhalt wurde Strychnin mit Sicherheit chemisch nachgewiesen. Von sonstigen Begleiterscheinungen ist außer Leibschmerzen eine erst nach weiteren 14 Tagen ganz zurückgegangene Albuminurie hervorzuheben; da bei dem vorher gesunden Manne auch während dieser Zeit keine Ödeme nachzuweisen waren, ist eine etwa »latente Nephritis« auszuschließen und H. fasst die Albuminurie als Folge des Gefäßkrampfes auf, welcher sich bekanntermaßen bei den Strychninanfällen einstellt. Eine Ischämie der Nieren führt aber sehr leicht zu Albuminurie, wie dies aus physiologischen Experimenten schon lange bekannt ist. Auch war in den Sphygmogrammen eine deutliche Steigerung der Pulsspannung zu erkennen. Die gleichzeitig in den ersten Tagen der Vergiftung beobachtete leichte Temperatursteigerung bis 38,4 hält H. für das Fieber einer Nephritis, welche in einer direkten Veränderung der Glomerulusepithelien vermuthlich ihren Grund habe.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

13. **Stille-Ihlienworth.** Vergiftung durch Einathmen von Creolin.

(Memorabilien Bd. XXXIII. Hft. 8.)

Zum Zwecke der nöthigen Desinfektion bei einer künstlichen Frühgeburt hatte S.-I. zwei Schalen mit $1^1/_2$%iger Creolinlösung in einem Nebenzimmer zur Hand stehen. Da die Schalen unbedeckt standen, breiteten sich der Geruch und die Dämpfe des Creolins in diesem Raum aus und mehrere in diesem Zimmer sich aufhaltende Personen, die zuvor ganz wohl gewesen waren, erkrankten nach einigen Stunden unter ziemlich den gleichen Erscheinungen, welche S.-I. an sich selbst beschreibt, als 1) Kopfschmerzen, die in der einen Schläfengegend beginnend, sich über das Hinterhaupt nach der einen Seite des Kopfes ausbreiteten; 2) die Pulsfrequenz, sonst 68—70, ging auf 100 und stieg bei geringfügigen Körperbewegungen auf 120, dabei klopften die Schläfen- und Halsarterien heftig; 3) später kam Übelkeitsgefühl hinzu; bei einer Person kam es sogar zu heftigem Erbrechen. Als S.-I. später in die frische Luft kam, verloren sich diese Erscheinungen bald, aber sie wiederholten sich, als er bei der zweiten Visite etwa 10 Minuten mit der Desinfektionsflüssigkeit (Pearson's Creolin) gearbeitet und die Dämpfe derselben eingeathmet hatte. Jegliche andere Veranlassung zu den beobachteten Erscheinungen war bei allen Betroffenen leicht auszuschließen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

14. **Lukasiewicz.** Intoxikation durch subkutane Injektion von Oleum cinereum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 29 u. 30.)

Die von Lang in die Syphilisbehandlung eingeführte Injektion mit grauem Öl haben, wie wohl auf allen Kliniken, so auch auf der von Kaposi Eingang gefunden. R. verwendet eine Mischung von Hydrarg. 3, Lanol. 3,0, Ol. Olivar. 4,0 und lässt davon gewöhnlich in 8tägigen Zwischenräumen 0,15—0,2 ccm injiciren.

Bei dieser Applikationsweise nun wurde eine Intoxikation mit letalem Ausgange beobachtet, über welche L. berichtet: Es handelt sich um eine 46jährige Pensionistin, die im September 1888 mit der Diagnose Lues maculo-papulosa aufgenommen wurde. Als Vorbereitung für die Injektionskur wurde der Pat. gleich nach ihrem Spitaleintritte eine Zahntinktur (Tinct. Ratanh. u. Gallar. ana) und Gurgelwasser (Kal. chlor. 10,0 : 1000,0) verabreicht. Schon nach der zweiten Injektion, die an der Applikationsstelle nur eine minimale Reaktion verursachte, trat Erbrechen ein, und der Harn zeigte Spuren von Albumen; beides war bald beseitigt. In der Zeit bis zu Anfang November wurden nun in achttägigen Zwischenräumen Injektionen vorgenommen, ohne dass eine üble Wirkung eintrat.

Eine Woche nach der letzten Injektion klagt Pat. über Schmerzen im Zahnfleisch. Objektiver Befund negativ. Noch sorgfältigere Zahnpflege als bisher. Acht Tage später ist das Zahnfleisch gelockert, geschwellt, hier und da exulcerirt, Foetor ex ore, Salivation. In den nächsten Tagen nahm trotz Touchirungen mit Jodtinktur und Ausspülungen des Mundes mit Kal. hypermang. die Stomatitis zu; an der Schleimhaut der Wangen Geschwüre. Leichte Diarrhoe.

Allmählich breiten sich die Geschwüre im Munde auf der ganzen vorderen Peripherie und dem Mundboden aus. Die profusen diarrhoischen Stühle werden blutig; es stellt sich heftiger Tenesmus ein. Im Urin Albumen. In den nächsten Tagen trotz energischer Behandlung Verschlechterung; heftige Schmerzen im Unterleib, Abmagerung. Mitte December erfolgt der Exitus.

Aus dem Sektionsbefund, der die Diagnose akute Quecksilbervergiftung bestätigte, heben wir den Befund am Magen und Gedärmen hervor: Der Magen schlaff, in ihm reichliche, schwarzgestriemte Flüssigkeit. Schleimhaut größentheils kadaverös erweicht. Dünndärme kontrahirt, enthalten eine dünnflüssige, bräunliche Masse. Dickdarm in seinem ganzen Verlaufe kontrahirt und dickwandig, wenig stinkende Flüssigkeit enthaltend. Schleimhaut des Dünndarmes blass; nur das unterste etwa 20 cm lange Stück des Ileum zeigt leicht geschwellte, auf der Höhe der Falte geröthete und in den untersten Theilen auch auf diesen Falten verschorfte Schleimhaut. Die Schleimhaut des ganzen Dickdarmes vom Coecum bis an die Analöffnung stark geschwellt, verdickt. Auf der Höhe aller Falten mit graugelben Schorfen bedeckt, dazwischen graubraun verfärbt.

L. hat sodann die excidirten Injektionsstellen, so wie Nieren und Darm einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen, die zu mancherlei interessanten Ergebnissen führte, die im Original eingesehen werden müssen. Hervorheben wollen wir hier nur, dass sich in den Nieren trübe Schwellung des Epithels der gewundenen Harnkanälchen nebst Nekrotisirung an einzelnen Stellen fand. Weiter fiel kleinzellige Infiltration des Bindegewebes, kleine Blutextravasate in den oberen Partien auf. Auch gelang es dem Verf., Kalkablagerungen zumeist in den gewundenen Kanälchen der Rindensubstanz nachzuweisen.

Auf Kaposi's Klinik werden nunmehr nicht mehr als 0,15 ccm auf einmal injicirt; die Gesammtzahl überschreitet nicht 5 Injektionen, eine Woche ist der geringste Zwischenraum.

Der beschriebene Fall ist jedenfalls geeignet, zur größten Vorsicht bei Anwendung der Injektionen mit Quecksilberölsuspension zu mahnen.

M. Cohn (Berlin).

15. **Landgraf.** Eine Erkrankung an Sarkom des Mittelfellraumes.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1889.)

Ein vorher gesunder Mann erkrankt unter Husten und Stichen in der Brust. Die Untersuchung des blühenden Menschen ergab am Brustkorb hinten rechts unten eine etwa handbreite Dämpfung, über welcher die Stimmschwingungen aufgehoben und das Athemgeräusch abgeschwächt war. Die physikalischen Verhältnisse sonst normal. Man nahm, da die Beschwerden bereits einige Monate andauerten, eine chronische mit Schwartenbildung geheilte Brustfellentzündung als Ursache der Klagen an und entließ Pat., der sich ganz wohl fühlte, nach einigen Tagen als geheilt.

Beim Versuche, seinen Dienst zu versehen, tritt wieder rauher, äußerst quälender Husten ein, der die Wiederaufnahme des Pat. ins Lazarett veranlasst. Eine erneute Untersuchung ergab außer der früher konstatirten Dämpfung eine Vergrößerung der Herzdämpfung, welche nach links die Mammillarlinie überschritt, oben an der zweiten Rippe begann und sich nach rechts bis zur rechten Parasternallinie erstreckte. Die Herztöne waren ungemein schwach, zeitweilig gar nicht hörbar. Die Herzgegend erschien vorgewölbt. Der Puls war beschleunigt, weich und im Liegen ausgesprochen paradox. Mit jeder Einathmung setzte er aus. Beim Aufsetzen verschwand die Paradoxie. Das Gesicht war gedunsen, die Lippen cyanotisch. Athmung angestrengt, aber nicht besonders frequent. Kein Fieber. Wenig Urin, ohne Eiweiß. Man nahm an, dass sich zu der Pleuritis eine Peri-

carditis mit starkem Erguss und Verwachsung des äußeren Blattes des Herzbeutels mit der Brustwand gesellt habe. Eine Punktion des Herzbeutels ergab eine fast rein blutige Flüssigkeit, in welcher keine Bakterien gefunden wurden.

In den nächsten Tagen traten Schwellungen erst der rechten, dann der linken unteren Extremität auf; der Kranke entleerte eine größere Menge blutigen Auswurfs; es trat Fieber ein, das bis einige Tage vor dem Tode anhielt. Dabei war das subjektive Befinden besser. Bald traten aber neue Erscheinungen auf: der Kranke bevorzugte die rechte Seitenlage, bei Lagewechsel traten starke Hustenanfälle und bedeutender Luftmangel auf. Starker Auswurf mit kleinblasigem Schaum. Die dem Herzen entsprechende Dämpfung vergrößerte sich.

14 Tage vor dem Tode gab Pat. an, dass er jedes Mal beim Versuch feste Speisen zu genießen, Husten bekomme; Flüssigkeiten konnten genommen werden. Zu gleicher Zeit wurde eine Vergrößerung des großen Dämpfungsbezirkes festgestellt. Über dem ganzen Dämpfungsbezirk rechts war das Athemgeräusch während des Einathmens gar nicht zu hören; bei der Ausathmung war hauchendes Athmen hörbar. Über dem obersten Theil der linken Brusthälfte war der Schall gedämpft tympanitisch, das Athemgeräusch schwach, schlürfend. Links hinten und abwärts bis zur Höhe des 12. Brustwirbels voller lauter Lungenschall und reines Athmen. Der Kranke liegt ganz auf der rechten Seite mit tief gelagertem Kopf. Gesicht gedunsen, starke Cyanose. Dann traten Erstickungsanfälle ein, während deren der Puls schwach und hoch an Zahl wurde, der Urin unfreiwilig gelassen wurde etc. und in einem solchen Anfalle erfolgte der Tod, ca. 8 Wochen nach Auftreten der ersten schwereren Krankheitserscheinungen.

Die Sektion der Brusthöhle ergab eine Geschwulst von Mannskopfgröße im vorderen Mittelfellraume, die das Herz bedeutend nach unten und hinten, beide Lungen nach links und rechts und ebenfalls nach hinten drängte. Auf der Schnittfläche zeigte die Neubildung ein sehr mannigfaches Aussehen: markig und blutig, von Fettzügen durchsetzt, im oberen Theile Cystenbildung. Metastasen im Pericardium. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Sarcoma medullare et angiectoides haemorrhagicum.

In Bezug auf die interessanten epikritischen Bemerkungen L.'s muss auf das Original verwiesen werden. **M. Cohn** (Berlin).

16. **H. Malfatti** (Innsbruck). Zur Frage der physiologischen Albuminurie.

(Internationales Centralblatt für die Physiol. u. Pathol. der Harn- u. Sexualorgane Bd. I. Hft. 2.)

M. fand bei einem 24jährigen gesunden Mediciner, bei dem »physiologische Albuminurie« vermuthet wurde, dass in dem Harne kein Serumalbumin (oder, wenn überhaupt, weniger als $^1/_2$ oder $^1/_4$ mg im Liter) vorhanden war, sondern dass der das Eiweiß vortäuschende Körper Mucin war. **A. Freudenberg** (Berlin).

17. **Fabre.** Emphysème sous-cutané de la face, du cou et de la poitrine dans un cas de diphthérie grave.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 39.)

Beschreibung eines Falles von schwerer tödlich endigender Diphtherie des Rachens und der Nase bei einer 24jährigen Frau, komplicirt mit Hautemphysem des Gesichts, des Halses und der Brust, welches ganz plötzlich nach Angabe der Kranken während eines Brechanfalles entstanden war. Obduktion fehlt.

Der Fall gehört in die Reihe derjenigen, wo im Verlaufe von Krup und anderen stenosirenden Processen der oberen Athmungswege ein Emphysem entsteht.
G. Meyer (Berlin).

18. **Rusche** (Bremerhaven). Der seltene Fall von einem Leberabscess bei einem Säugling.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 39.)

Bei einem Säugling von $3^1/_2$ Monaten entwickeln sich an der Leberoberfläche 3 Prominenzen, die rasch wachsen, die mageren Bauchdecken emporwölben, schließ-

lich Fluktuation zeigen und der Reihe nach eröffnet werden. Bei der Eröffnung des letzten Abscesses konnte mit Sicherheit durch die Palpation festgestellt werden, dass es sich um Leberabscesse handelte. Das Kind erholte sich bald wieder von der schweren Erkrankung.

Als Ursache für die Abscesse nimmt R. eine Thrombose der Vena umbilicalis an ihrem Endpunkte an. **Seifert** (Würzburg).

Bücher-Anzeigen.

19. **R. Flechsig,** Bäderlexikon. Darstellung aller bekannten Bäder, Heilquellen, Wasserheilanstalten und klimatischen Kurorte Europas und des nördlichen Afrikas in medicinischer, topographischer, ökonomischer und finanzieller Beziehung. Für Ärzte und Kurbedürftige. Zweite völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Leipzig, **J. J. Weber,** 1889.

Der Verf. hat sich in der vorliegenden 2. Auflage seines Werkes der dankenswerthen Mühe unterzogen, sowohl den allgemeinen, die Balneotherapie, Hydrotherapie und Klimatotherapie umfassenden Theil seines Werkes als auch den speciellen Theil, in welchem die Kurorte in alphabetischer Reihenfolge dargestellt sind, durch zahlreiche und zweckmäßige Veränderungen und Nachträge zu ergänzen.

Bei der fortschreitenden Entwicklung der Lehre von dem Stoffwechsel und bei der wachsenden Bedeutung, welche die exakten meteorologischen und orographischen Beobachtungen für die Beurtheilung des klimatischen Einflusses auf den menschlichen Organismus haben, konnte sich auch der Autor der Nothwendigkeit nicht entziehen, den wissenschaftlichen Theil des Buches durch die neuesten Errungenschaften auf den genannten Gebieten möglichst zu bereichern.

Gerade dieser nach Ansicht des Ref. wichtigen Aufgabe scheint der Autor nicht völlig gerecht worden zu sein. Denn während er beispielsweise auf der einen Seite durch exakte Versuche wohlbegründete Thatsachen ernster Autoren beibringt zur Stütze einer von ihm ausgesprochenen Ansicht über die Wirkung eines bestimmten Heilfaktors, schöpft er andererseits auffälligerweise die Behelfe seiner Kritik bei eben so wichtigen Fragen aus Quellen, die nicht einwurfsfrei sind.

In der Darstellung der einzelnen Kurorte hat sich der Autor trotz einzelner irrthümlicher Angaben, die bei der so überaus schwer zu bewerkstelligenden Sammlung des einschlägigen Materials entschuldbar sind, auch in der neuen Auflage vortrefflich bewährt.

Für die Aufnahme der Inhalationskuren, der Gasbäder und hydroelektrischen Bäder, so wie eines ausführlichen Registers in die neue Auflage des Buches wird der Leser dem Verf. recht dankbar sein.

Im Ganzen können wir das mit großem Fleiß revidirte Bäderlexikon als ein zur schnellen Orientirung und zum praktischen Gebrauch ganz besonders geeignetes Werk den Fachgenossen bestens empfehlen. **Jacques Mayer** (Karlsbad).

20. **J. Steinhaus.** Die Ätiologie der akuten Eiterungen.

Leipzig, **Veit & Co.,** 1889.

Der Verf. giebt zunächst eine umfangreiche kritische Litteraturübersicht. Hieran schließt sich ein experimenteller Theil, in welchem das Problem der Eiterung in der bekannten Fragestellung von Neuem — unter möglichst exakter Versuchsanordnung — zur Prüfung kommt. S. gelangt in Übereinstimmung mit de Bary und Grawitz u. A. zu dem Resultat, dass eben sowohl gewisse chemische sterile Stoffe von Bakterienkulturen Eiterung erzeugen können, dass hierfür aber Versuchsanordnung, Quantität der Stoffe, und Thierspecies von Bedeutung sind. In einem klinischen Theil wird das Resultat der bakteriologischen Untersuchung von 49 akuten Eiterungen mitgetheilt und hierdurch Bekanntes bestätigt.

H. Neumann (Berlin).

21. **Bourneville et Bricon.** De l'épilepsie procursive, aus den Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie etc. Compte rendu du service des épileptiques de Bicêtre pendant l'année 1887. Paris, 1889.

In einer ausgedehnten Arbeit (160 Seiten, 56 Fälle) besprechen die Verff. ihre Erfahrungen und Anschauungen über die Epilepsie procursive, d. h. eine Form von Epilepsie, bei welcher vor oder nach einem Anfalle oder statt eines Anfalles ein Trieb zum Vorwärtslaufen in gerader Linie längs der horizontalen Achse des Körpers oder ein Trieb zur Rotation in großem Kreise auftritt, ohne dass eine Neigung zum Zusammenstürzen oder ein Koma sich zeigt. Nur das Gesicht erscheint meist kongestionirt während eines solchen Zufalles. Im 1. Kapitel erfolgt eine kurze Beschreibung und Kritik der in der Litteratur sich findenden Fälle von Epilepsia procursiva. Im 2. Kapitel werden eigene Beobachtungen von reiner Epilepsia proc. beschrieben und besprochen. Das 3. Kapitel behandelt die Fälle, bei welchen der Trieb zum Vorwärtslaufen als Aura den typischen epileptischen Anfall einleitete. Diese »Aura procursiva« kann sich in ihrer Erscheinungsweise auch den präepileptischen automatischen Bewegungen nähern. 2 Fälle, in welchen der Trieb zum Vorwärtslaufen (oder automatische Handlungen) an den typischen epileptischen Anfall sich schließt, behandelt das 4. Kapitel (Epilepsie postprocursive). »Vertige procursive« ist das 5. Kapitel überschrieben. Die Verff. verstehen darunter Zustände von Bewusstlosigkeit, welche neben typischen epileptischen Anfällen auftreten und sich damit einleiten, dass der Kranke plötzlich einige Meter vorwärts läuft, sodann zusammenstürzt, um nach wenigen Sekunden, während welchen er direktionslose Bewegungen mit den Extremitäten macht, sich bei völligem Bewusstsein wieder zu erheben (1 Beobachtung). Das 6. Kapitel ist den automatischen Bewegungen gewidmet, »Automatisme«. Unbewusste zwangsweise Wiederholung einfacher Handlungen des täglichen Lebens (sich ausziehen, waschen etc.). Meist schließen sich diese automatischen Handlungen an den Anfall oder an den terminalen Schlaf an, sie können aber auch in seltenen Fällen den Anfall einleiten. Die pathologische Anatomie wird im 7. Kapitel besprochen. Der 1. Eall (eigene Beobachtung) betrifft einen typischen Fall von Epilepsia procurs. Die Sektion ergab: Atrophie des linken Kleinhirns, des linken Hirnschenkels und dem entsprechend Verkleinerung der Brücke. Die rechte Pyramide und rechte Olive kleiner als die linke.

Im 2. Falle, bei einem erblindeten Epileptiker, welcher ebenfalls Neigung zum zwangsweisen Vorwärtslaufen zeigte, fand sich Sklerose, namentlich der rechten Großhirnhemisphäre, der rechten Hälfte der Brücke, der rechten Pyramiden und Oliven und sekundäre Degeneration im Rückenmark.

Als 3. Fall führen die Verff. eine Beobachtung von Zwangsvorstellungen und -Bewegungen Meschede's an, bei welchem sich p. m. Sklerose der einen Kleinhirnhälfte fand.

Die Prognose der Epilepsia procurs. ist sehr ernst (Kap. 8) und ist bis jetzt die Therapie im Allgemeinen machtlos geblieben (Kap. 10). Die Ätiologie ist ganz dunkel; nur so viel glauben die Verff. mit einiger Sicherheit annehmen zu dürfen, dass die Läsion des Gehirns, welche die Epilepsia procurs. bedingt, schon von frühester Jugend an sich entwickelt.

Bezüglich der physiologischen Deutung ihrer Beobachtung sind die Verff. sehr vorsichtig, da ja die Symptomatologie der Kleinhirnläsionen und die pathologische Physiologie des Kleinhirns überhaupt noch sehr unklar ist. Sie glauben aber doch, dass die Erscheinung des Vorwärtslaufens unter Umständen mit dem Kleinhirn in Zusammenhang zu bringen ist. **A. Cramer** (Eberswalde).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 8. **Sonnabend, den 22. Februar.** **1890.**

Inhalt: 1. **Karlinsky**, Bakterien im Trinkwasser. — 2. **Grossmann**, Lungenödem. — 3. **Aptekmann**, Galvanisirung des Herzens. — 4. **Talma**, Pathologische Abweichungen des Herzstoßes. — 5. **Krönig**, Topographie der Lungenspitzen. — 6. **Gerber**, Pharyngonasale Syphilisaffektionen. — 7. **Egasse**, Bandwurmmittel. — 8. **Dubois**, Elektrotherapie der motorischen Lähmungen. — 9. **Buch**, Pathologie und Therapie des Erysipels. — 10. **Czyrnianki**, Bauchmassage bei Darmschwäche.

11. **Cantani**, Streptokokkeninfektion. — 12. **de Tullio**, Septikopyämie. — 13. **Tombolan-Fava**, Endocarditis ulcerosa. — 14. **Netter**, Mittelohrentzündungen bei Kindern. — 15. **Lilienthal**, Lokaltuberkulose nach Traumen. — 16. **Fabry**, Favus. — 17. **Rille**, Varicellen. — 18. **Dieckmann**, Primäres Carcinom des Ductus choledochus. — 19. **Viti**, Ruptur eines Duodenalgeschwüres. — 20. **Zacher**, Cerebrale Kinderlähmung. — 21. **Levy**, Astasie und Abasie. — 22. **Manz**, Recidivirende Oculomotoriuslähmung. — 23. **Barker**, Syphilis nach Tätowirung. — 24. **Welander**, Thymol- und Salicylquecksilber bei Syphilis. — 25. **Pick**, Acne frontalis. — 26. **v. Schab**, Kongenitale Ichthyose. — 27. **Linhart**, Endoskopie. — 28. **Gottschalk**, Menthol gegen unstillbares Erbrechen der Schwangeren.

1. **J. Karlinsky.** Über das Verhalten einiger pathogener Bakterien im Trinkwasser.

(Archiv für Hygiene 1889. Bd. IX. Hft. 2.)

Verf. hat die von C. Kraus begonnenen Untersuchungen über die Entwicklungsfähigkeit pathogener Pilze im Trinkwasser in gleicher Weise wie dieser fortgesetzt. Er impfte also nicht sterilisirtes Wasser und beobachtete die Entwicklung der Bakterien in demselben bei höherer Temperatur, sondern untersuchte das diesbezügliche Verhalten der Hauptquellen, aus denen Innsbruck seinen Wasserbedarf bezieht unter den natürlichen Verhältnissen bei einer Temperatur von 8 Grad und ohne Veränderung des übrigens nur geringen Bakteriengehalts derselben. Die Untersuchung erstreckte sich auf Typhus, Cholera und Milzbrandbacillen. Alle 3 Arten gingen im Wasser bald zu Grunde; bei Anwendung großer Mengen von Typhusbacillen

vermochten dieselben dennoch sich 6 Tage zu halten, während die Choleraspirillen, die in großer Anzahl eingeführt wurden, ein einziges Mal 72 Stunden und sporenfreier Milzbrand sich selten auch nur auf so lange Zeit zu halten vermochte. **Strassmann** (Berlin).

---

2. **Grossmann.** Experimentelle Untersuchungen zur Lehre vom akuten allgemeinen Lungenödem. (Aus dem Laboratorium des Prof. v. Basch in Wien.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 1—4.)

Die vorliegenden Untersuchungen schließen sich an eine frühere Arbeit des Verf. über das Muscarin-Lungenödem[1] an, in welcher nachgewiesen wurde, dass durch Einwirkung des Muscarins ein Lungenödem erzeugt wird, welches mit vermehrter, durch systolischen Spasmus des Herzens bedingter Blutansammlung im kleinen Kreislauf einhergeht; in welcher Weise die Erhöhung des Blutdrucks das Zustandekommen des Ödems bedingt, blieb damals unerörtert. Inzwischen ist von v. B. die Lehre von der Lungenschwellung und Lungenstarrheit aufgestellt worden, nach welcher bei stärkerer Füllung der Kapillaren entgegen der Traube'schen Anschauung der Alveolus nicht kleiner, sondern durch Streckung der Kapillarschlingen größer würde, und gleichzeitig damit eine vermehrte Resistenz bekäme, welche die Dehnbarkeit der Lunge herabsetze. Diese neue Lehre veranlasste den Verf. zu den nachstehenden Untersuchungen, die hauptsächlich auf Beantwortung der Frage gerichtet waren, welche Veränderung die Blutstauung in den Lungen hervorruft. Es mussten hierzu noch andere als toxische Einflüsse in Anwendung gezogen werden, um eine Blutüberfüllung in den Lungen zu erzeugen, und Verf. benutzte als solche die reizende Einwirkung des Erstickungsblutes auf das vasomotorische Centrum, die Kompression der Aorta, die Obturation des linken Vorhofes und die Quetschung des linken Ventrikels. Der Blutdruck wurde lediglich in der Carotis gemessen, die Änderungen des Binnenraumes der Lungen durch einen mit der Trachea luftdicht in Verbindung gebrachten Marey'schen Apparat festgestellt. Aus diesen Versuchen nun, deren genauere Darstellung im Original nachzulesen ist, ergab sich, dass die Blutfüllung den Alveolarraum vergrößert, eine Annahme, deren Richtigkeit auch durch die vorübergehende Vergrößerung resp. Verkleinerung des Binnenraums der Lunge in Folge der Systole resp. Diastole des rechten Herzens — den vom Verf. sogenannten Lungenpuls — erwiesen wurde.

Aus den weiteren Experimenten, die angestellt wurden, um den Einfluss kennen zu lernen, den die stärkere Füllung der Lungengefäße auf die Dehnbarkeit und das Gesammtvolumen der Lunge ausübt, ließ sich folgern, dass die Abflachung und das Verschwinden

---

[1] v. Centralblatt 1888. No. 12.

der Athmungsexkursionen weder durch Transsudation, noch durch Bronchialkrampf, noch durch die Kapillarektasie bedingt war, da bei der künstlichen Athmung eine freie Kommunikation zwischen Alveolen und Blasebalg bestand, sondern aufgefasst werden musste als eine Folge derjenigen Umstände, welche die Fähigkeit der Lunge, sich bei gleichbleibendem Druck um ein bestimmtes Maß auszudehnen, herabsetzen. Die Bestimmung der Lungendehnbarkeit geschah durch Registrirung der Thoraxbewegungen bei künstlicher Athmung, und es zeigte sich auch hier, dass die Blutstauung des Lungenkreislaufes resp. die Erhöhung des Blutdruckes in den Lungengefäßen, gleichviel durch welchen der genannten mechanischen Eingriffe veranlasst, an der lebenden sowohl, wie an der todten Lunge mit einer Verminderung der Athmungsexkursion der Lunge beantwortet wird, die eben nur als eine Folge der Verminderung der Lungendehnbarkeit aufgefasst werden kann.

Eine Nachprüfung der früher mit Muscarin angestellten Versuche führte den Verf. denn auch zu der Anschauung, dass eben so wie die mechanischen Einflüsse auch die Muscarin-Intoxikation durch Blutstauung Lungenschwellung und Lungenstarrheit hervorruft; dass das hierbei wie überall da, wo hochgradige Blutüberfüllung der Lunge verursacht wird, auftretende Ödem keine besondere Rolle als Respirationshindernis spielt, ergab sich einmal schon aus dem Umstande, dass sich immer nur ein geringes Transsudat vorfand, wurde aber noch weiterhin dadurch bewiesen, dass durch Einströmen von Flüssigkeit in die Alveolen die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge nicht in besonderem Maße beeinträchtigt wurde.

Lungenschwellung und Lungenstarrheit sieht Verf. danach als das erste Entwicklungsstadium des akuten allgemeinen Stauungs-Lungenödems an; das Transsudat dagegen ist als das anatomische Endprodukt der Blutstauung aufzufassen, und tritt nur dann ein, wenn die Blutstauung in der Lunge eine hochgradige ist. Als Ursachen hierfür sind die Änderungen des Herzmechanismus anzusehen, wie sie experimentell oder durch toxische Einflüsse hervorgerufen wurden; nach dem Vorbilde derselben müssten sie beim Menschen in einer Raumbeengung des linken Herzens zu suchen sein, mit welcher u. A. eine Insufficienz des linken Ventrikels unter Ausschluss einer kontinuirlich zunehmenden Dilatation seiner Höhle auf gleiche Stufe zu stellen wäre.

Verf. spricht sich dann entschieden gegen die Cohnheim-Welch'sche Theorie aus, nach welcher das Lungenödem lediglich durch Herzparalyse hervorgerufen würde, und knüpft daran noch eine längere Polemik gegen die ihm von Sahli gemachten Einwände. **Markwald** (Gießen).

---

3. **Aptekmann.** Versuche über den Einfluss der Galvanisirung des menschlichen Herzens auf den Blutdruck. (Aus dem medicinisch-klinischen Institut zu München.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. Hft. 1 u. 2.)

Die Resultate, welche sich durch Galvanisirung des Herzens bei intaktem Thorax erzielen ließen, waren die, dass der Blutdruck durch Ströme von mäßiger Stärke nicht beeinflusst wird, und dass sich bei höheren Stromstärken (20 Milliampères und darüber), wie auch bei mittelstarken, welche an erregbaren Individuen angewendet wurden, eine relativ geringe, rasch vorübergehende Steigerung des Blutdruckes einstellt, die aber nicht von der Elektrisirung als solcher herrührt, sondern durch zufällige Momente, Schmerzen und starke psychische Erregung bedingt ist. Bei Galvanisirung des bloßgelegten Herzens ergab sich eine raschere, verhältnismäßig größere, allmählich abfallende Blutdrucksteigerung. Über die Bedeutung des galvanischen Stromes als therapeutisches Mittel bei Herzkrankheiten lässt sich noch kein Schluss ziehen. **Markwald** (Gießen).

---

4. **Talma.** Zur Kenntnis der pathologischen Abweichungen des Herzstoßes.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin 1889. Bd. XLV. Hft. 1/2.)

T. erörtert die Bedingungen für das Zustandekommen des Herzstoßes, der, wie er auch an einigen Beispielen durch genaue Ortsbestimmung vor und nach dem Tode konstatiren konnte, nur durch die Kontraktion des linken Ventrikels gebildet wird, und die charakteristische Eigenthümlichkeit darbietet, dass er 1) scharf begrenzt ist und 2) die weichen Theile zwischen den Rippen stark nach außen drängt. Er bespricht sodann die Abweichungen vom normalen Verhalten, den positiven und negativen Herzstoß, die Änderungen desselben bei Vergrößerung des linken Ventrikels und die Ursachen für die Wahrnehmung von Herzklopfen. Es kommt jedoch auch ein Stoß der rechten Kammer vor durch starke Wölbung der Vorwand derselben bei Dilatation, Hypertrophie oder vorübergehender starker Wirkung der Kammer. Wichtig ist hierbei die Lage des Ursprungs der Art. pulumonalis aus dem Conus arteriosus, der sich, wenn das Septum z. B. weit in die Höhle des rechten Ventrikels gedrängt ist, nach links und oben hin ausdehnt, bis zur zweiten Rippe und bis 5—6 cm links vom Sternum. Bei normaler Lage des Herzens muss der Herzstoß an dieser Stelle entweder der Art. pulmonalis oder dem Conus oder beiden zugleich zugeschrieben werden, in keinem Falle jedoch dem ausgedehnten linken Herzohr, wie das von Naunyn angenommen wurde. Auch die rechte Vorkammer kann, wenn sie stark ausgedehnt ist und sich kräftig zusammenzieht, einen Stoß geben, der, wenn keine Verschiebung des Herzens stattgefunden hat, immer rechts vom Brustbein zu suchen ist. Es tritt dieser jedoch

erst ein, wenn auch die Arbeitsfähigkeit der rechten Kammer bereits abgenommen hat.

Sodann wirken alle Umstände, welche das Diaphragma höher stellen, in gleichem Sinne auf das Herz und seinen Stoß, und da die Ursprungsstelle der großen Gefäße weniger beweglich ist als die Herzspitze, so geht der Spitzenstoß meistens zugleich nach oben und außen; eben so sind bekanntlich Veränderung des Inhalts der Pleurahöhle von Einfluss auf die Lage des Spitzenstoßes.

Markwald (Gießen).

---

5. **Krönig.** Zur Topographie der Lungenspitzen und ihrer Perkussion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 37.)

Mit Hilfe leiser Perkussion bestimmte K. nicht nur die Höhe (hintere und vordere) der Lungenspitzen, sondern auch die mediale und laterale Grenze (die hintere laterale Grenze ist nur bei mageren Individuen sicher zu bestimmen, während bei stark muskulösen oder fettreichen Individuen die Bestimmung schwierig ist, so dass diese Grenzlinie nur bedingungsweise als zuverlässig gelten wird). Die gefundenen Grenzlinien sind aus den dem Original beigefügten Zeichnungen zu ersehen. Bezüglich des Werthes solcher Breitenbestimmungen der Lungenspitzen wird darauf hingewiesen, dass Erkrankungen, welche den Luftgehalt der Lungenspitzen vermindern, die medialen Grenzen nach außen, die lateralen nach innen rücken, Erkrankungen, welche den Luftgehalt vermehren, die lateralen nach außen, die medialen nach innen rücken. Für den Werth der Bestimmung der vorderen lateralen Grenze führt K. 2 Fälle an, in welchen typische Höhenunterschiede nachweisbar waren, so dass man eine Schrumpfung der Lungenspitze hätte annehmen müssen, wenn nicht ein kompensatorisches Auswärtsrücken der vorderen lateralen Grenze zu einer anderen Auffassung, nämlich zur Annahme einer physiologischen Heteromorphie entweder der Lungenspitze selbst oder der betreffenden Abschnitte der oberen Thoraxapertur geführt hätte.

Seifert (Würzburg).

---

6. **P. Gerber.** Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen Syphilisaffektionen.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. kommt in seiner sehr sorgfältigen Arbeit unter genauer Mittheilung von 27 Krankengeschichten, welche aus dem Ambulatorium Michelson's stammen, zu folgenden Schlüssen:

Die größte Gefahr für das Auftreten pharyngo-nasaler Syphilis fällt in das Zeitintervall des 1.—3. und des 8.—14. Jahres. Vorausgegangene Hg-Kuren prädisponiren keineswegs zu den tertiär-syphilitischen Affektionen der Nase, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle. Bei der pharyngo-nasalen Syphilis ergiebt die

Exploration des übrigen Körpers in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ein vollkommen negatives Resultat. Furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufende Ulcerationen der Nasenscheidewand sprechen in dubio für einen syphilitischen Ursprung des Geschwürsprocesses. Der Fötor ist bei der Rhinitis syph. ulcerosa durchaus kein konstantes Symptom und hat, wenn er vorhanden, nichts für Lues Charakteristisches. Die als Sattelnase bezeichnete Difformität ist nicht von Defekten der Nasenscheidewand abhängig. Syphilis des Nasenrachenraumes kann bestehen ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle. Die rhinoskopische Untersuchung ist für die Erkenntnis der früheren Stadien der Syphilis der Nase wie des Nasenrachenraumes absolut unentbehrlich. Eine zweckmäßig geleitete specifische Lokal- und Allgemeinbehandlung verhindert selbst nach monatelangem Bestehen syphilitischer Infiltrations- und Ulcerationszustände in Nase und Nasenrachenraum oft noch das Auftreten bleibender Destruktionen und erweist sich bei rechtzeitiger Anwendung ausnahmslos erfolgreich. Die im Gefolge der spätsyphilitischen Infiltrations- und Ulcerationsprocesse in der Nasen- und Mundrachenhöhle meist sich entwickelnde Atrophie der betroffenen Gewebe hintanzuhalten, ist indess auch eine rationelle Therapie außer Stande. **Joseph** (Berlin).

---

7. **Ed. Egasse.** Les taenicides nouveaux.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. August 15.)

E. bespricht zwei neue Bandwurmmittel, welche beide in den Früchten von Palmbäumen sich vorfinden. Die Frucht der Arecapalme, die Arecanuss, ist eine taubeneigroße Steinfrucht, aus welcher Jahns vor Kurzem drei verschiedene Alkaloide dargestellt hat. Das Arecolin, $C_8H_{13}NO_2$, ist flüchtig und siedet bei 220°; am besten krystallisirt das bromwasserstoffsaure Salz; das zweite Alkaloid, das Arecaïn, $C_7H_{11}NO_2H_2O$, bildet farblose, in Wasser leicht, in Alkohol unlösliche Krystalle und ist eine betaïnartige Substanz. Das dritte Alkaloid war in zu geringer Menge vorhanden, um genügend ausführlich studirt werden zu können.

Von allen diesen Alkaloiden hat nach Marmé's Untersuchungen nur das erstgenannte, das Arecolin, pharmakologische Wirkungen aufzuweisen, die denjenigen des Fliegenpilzalkaloids in mancher Beziehung ähnlich sein sollen; doch muss Arecolin in stärkeren Dosen angewandt werden.

Am Froschherz bewirkt es Pulsverlangsamung resp. diastolischen Stillstand, welche Erscheinungen durch Atropin beseitigt werden können. Warmblüter, besonders Katzen, sterben nach intravenöser Injektion durch Respirationsstillstand, noch ehe das Herz von irgend welchen Giftwirkungen ergriffen ist. Kleine Dosen steigern die Darmperistaltik, außerdem wird nach Injektion ins Blut oder unter die Haut, wie auch nach direkter Instillation in das Auge, starke Myosis beobachtet.

Als Bandwurmmittel ist die Arecanuss bei Erwachsenen als Pulver in Dosen von 4—6 g anzuwenden; es muss vorsichtig angefangen werden, da das Alkaloid Arecolin in seinen Wirkungen auf Herz und Respiration, wohl zu berücksichtigen ist.

Es empfiehlt sich nach der Angabe von Dujardin-Beaumetz auch hier die Entfernung des Bandwurmes durch ein Abführmittel zu beschleunigen, damit er nicht nach dem Schwinden des vergifteten Zustandes sich in einem tieferen Darmabschnitt wieder festsaugen kann.

Das zweite Bandwurmmittel ist die Eiweißsubstanz in der Frucht der Kokospalme; in Indien sind die wurmtödtenden Eigenschaften der Kokosnuss schon seit Langem bekannt und in neuerer Zeit hat Prof. Pariso in Athen dieses Verfahren während seines Aufenthaltes in Abessinien mit gutem Erfolg angewandt. Vor anderen Bandwurmmitteln hat die Eiweißsubstanz der Kokosnuss jedenfalls den angenehmen Geschmack voraus; die einzunehmende Quantität ist allerdings ziemlich groß, weil das Eiweiß einer ganzen Kokosnuss genommen werden muss, doch kann dies im Laufe von 2 Stunden geschehen. E. vermuthet, dass die Kokosnuss ein dem Arecolin ähnlich wirkendes Alkaloid enthalte, und da das Ausgangsmaterial so wenig kostspielig sei, zähle die Kokosnuss zu den billigen Bandwurmmitteln.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

8. **Dubois.** Über Elektrotherapie der motorischen Lähmungen.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 19.)

Der Verf. sucht dem augenblicklich bestehenden Pessimismus bezüglich der Elektrotherapie schwerer peripherer oder centraler Motilitätslähmungen zu begegnen und präcisirt die für die periphere elektrische Behandlung praktisch wichtigen Gesichtspunkte folgendermaßen:

Reagirt der Nerv oder Muskel noch deutlich auf den gewöhnlichen faradischen Strom, so ist derselbe ganz gut zu gebrauchen. Reagirt der Muskel nicht mehr auf die schnellen Unterbrechungen, zuckt er aber noch auf einzelne Schläge eines kräftigen Induktionsapparates, so müssen die Einzelschläge angewendet werden. Ihre Wirkung kann wesentlich erhöht werden durch gleichzeitige Durchleitung eines gleichgerichteten, kontinuirlich starken galvanischen Stromes (Galvanofaradisation). Bei dieser kombinirten Behandlung lassen sich auch Muskeln im Zustande kompleter Entartungsreaktion zur Kontraktion bringen. Ja sogar die raschen Unterbrechungen werden dabei wirksam und versetzen den kranken Muskel in tetanische Kontraktion, wenn ein konstanter Strom (ohne Unterbrechung) die Kette durchfließt. Reagiren die Muskeln nur auf galvanische Ströme in ordentlicher Weise, so ist der konstante Strom zu gebrauchen, sei es unterbrochen (Schließungszuckungen) oder labil, wobei die einzelnen Muskeln successive in den Bereich maximaler Dichtigkeit fallen und gereizt werden.

Bei genügender Spannung und Kapacität wirken Kondensatorenentladungen auch auf entartete Muskeln.

Es folgen alsdann Bemerkungen über die Art der Applikation des Stromes, über die Dauer der Sitzungen etc.

J. Ruhemann (Berlin).

---

9. **M. Buch** (Willmanstrand, Finnland). Zur Pathologie und Therapie des Erysipelas.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 27.)

Die Eigenthümlichkeit des Erysipels mit einer scharf ausgeprägten Grenzlinie vorzurücken, hat schon lange zu Begrenzungsversuchen veranlasst, die jedoch alle ohne rechten Erfolg gewesen sind. Erst Wölfler hat eine Methode eingeführt, die sich sehr gut bewährte. Bei ausgedehnten Gesichtsrosen, bei denen man verzichten muss, die Ausbreitung über den Kopf zu verhindern und wo eine Abgrenzung nicht mehr möglich ist, legt er einen Heftpflasterstreifen mit mäßigem Drucke in der ganz gesunden Haut, über welchen hinaus das Erysipel nicht mehr fortschreitet. Um die Stelle zu bestimmen, an welcher nun jeweils der abgrenzende Verband angelegt werden muss, machte Verf. Bestimmungen der Hauttemperatur der gesunden und roth entzündeten Haut und fand, dass in der Blüthe des Processes in der erkrankten Haut eine recht beträchtliche Wärmebildung statthat, welche während des Fortwanderns der Rose (scharfe Grenzlinie) in der scheinbar gesunden weißen Haut jenseits der Grenzlinie in gleichem Maße besteht, ja bisweilen noch stärker ist als in der entzündeten gerötheten Haut. Wenn aber die Grenzlinie sich verwischt, hört die Wärmebildung in der Nachbarschaft der Rose allmählich auf. Der abgrenzende Heftpflasterverband darf also nicht zu nahe an die sichtbar erkrankten Theile verlegt werden, wenn er Aussicht auf Erfolg haben soll. Mittels des Thermometers dürfte es auch gelingen, die Stelle der Haut genauer zu bestimmen, wo keine erhöhte Wärmebildung statt hat, um hier den Heftpflasterring anzulegen.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

10. **Czyrnianki.** Über die therapeutische Wichtigkeit der Bauchmassage bei Darmschwäche und über die Methode ihrer Anwendung.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 33 u. 34.)

Es ist in den letzten Jahren in mehrfachen Veröffentlichungen auf die Wichtigkeit der mechanischen Behandlung der auf Darmatonie beruhenden chronischen Obstipation hingewiesen worden, so dass wir die Mittheilung C.'s nur kurz erwähnen wollen. C. schildert in anschaulicher Weise die mannigfachen, oft unerträglichen Beschwerden, welchen die an habitueller Verstopfung leidenden Pat. ausgesetzt sind; er weist auf die Rückwirkungen dieses Leidens auf den Magen, so wie auf das Allgemeinbefinden hin; er erörtert die

Wirkungslosigkeit der verschiedenen Drastica, die die Pat. oft fast zur Verzweiflung bringt, und führt dann die oft wirklich eklatanten Erfolge an, die bei Durchführung einer energischen, verständig geleiteten Massagekur erzielt werden. Über die Methode der Behandlung, die einmal eine Stärkung der Bauchmuskulatur, dann eine Thätigkeit der Darmmuskeln, besonders des Dickdarmes, hervorrufen soll, muss das Nöthige im Original nachgelesen werden.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

11. **A. Cantani.** Caso di streptococchemia metastatizzante.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Fasc. 6.)

Ein 36 Jahre alter Mann, dessen Anamnese eine große und frühzeitige Sterblichkeit in der Familie ergiebt, somit auf eine geringe vitale Resistenz des Stammes hinweist, erkrankt an einem Gesichtserysipel, an welches sich nach einander eine Peritonitis, eine Pericarditis, mehrere Anfälle kutaner Lymphangitis über allen Gelenken der oberen und unteren Extremitäten mit wiederholter Recidivirung, endlich eine flüchtige Pneumonie und eine zweite seröse Pericarditis anschließen. Aus einer Blutprobe konnte ein Streptococcus gezüchtet werden, der sich von allen bekannten, insonderheit vom Streptococcus pyogenes und vom St. Fehleisen wesentlich unterschied, einem Meerschweinchen und einem Kaninchen eingeimpft, keine Krankheitserscheinungen hervorrief.

C. giebt jenem Streptococcus die Schuld am Erysipel und an den sekundären Erkrankungen der serösen Häute und der äußeren Haut. Er vergleicht seinen Fall mit den von Wunderlich und später von Leube geschilderten Fällen einer idiopathischen Septicopyämie und unterscheidet ihn von der kryptogenetischen Septicopyämie Jürgensen's als einen Fall von metastasirender Streptococchämie.

Im Verfolg der Epikrise gedenkt er einer Beobachtung, in welcher sich eine Gonorrhoe mit Peritonitis, Pneumonie, Pleuritis, Meningitis und Polyarthritis successive komplicirte. Er ist geneigt, in diesem Falle sowohl, wie in den gemeiniglich als Rheumatismus gonorrhoicus bezeichneten Fällen die von der Gonorrhoe befallene Schleimhaut als Eingangspforte für einen die Allgemeininfektion bedingenden Infektionserreger anzusehen, welcher nicht der Gonococcus selbst ist.

G. Sticker (Köln).

12. **Pasquale de Tullio.** Di una grave forma di setticopiaemia.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Fasc. 6.)

An den von Cantani geschilderten Fall metastasirender Streptococchämie schließt sich die Beobachtung des Verf. an, der bei einem 27 Jahre alten Advokaten nach einem Prodromalstadium von 3—4 Tagen eine hochfieberhafte Krankheit sich entwickeln sah, die anfänglich mit heftigem Kopfweh, Schmerzen in den Beugemuskeln der Extremitäten einherging, am 7. Tage zu Gelenkschwellungen führte, dann nach einander die Zeichen einer Pericarditis, einer linksseitigen Pleuritis, einer anfänglich auf dieselbe Seite beschränkten, später allgemeine Ausdehnung gewinnenden Peritonitis mit hochgradiger Meläna darbot und am 12. Tage zum Tode führte. Am 3. Krankheitstage war bereits eine mäßige Milzvergrößerung zu konstatiren; am selben Tage veranlasste die Starrheit und Größe der Pupillen eine ophthalmoskopische Untersuchung, welche beiderseits Netzhautblutungen aufwies. Die Urinuntersuchung ergab nie etwas Besonderes.

4 Wochen vor Beginn der Krankheit hatte der sonst stets gesunde Mann eine Tonsillitis apostematosa überstanden.

G. Sticker (Köln).

13. **O. Tombolan-Fava.** Endocardite ulcerosa da diplococco pneumonico.

(Riforma med. 1889. No. 176.)

Beitrag zur Lehre von der extrapulmonalen Lokalisation des pneumonischen Virus, in specie des Fraenkel'schen Diplococcus, von dem es durch die Untersuchungen und Experimente Weichselbaum's, Foà's und Bordoni-Uffreduzzi's, Monti's, Belfanti's, Netter's, Guarneri's u. A. bekannt ist, dass er außer der krupösen Pneumonie nicht nur gewisse Pleuritiden, Pericarditiden, Peritonitiden, die epidemische Cerebrospinalmeningitis, sondern auch ulceröse und verruköse Formen der Endocarditis und akute Gelenkentzündungen (»rheumatische«) zu erzeugen vermag.

Im Falle des Verf. erkrankte ein 23jähriger Jüngling 4 Wochen nach Beginn eines schweren akuten Gelenkrheumatismus, der zur Ausbildung einer Aorteninsufficienz geführt hatte, unter den Erscheinungen der akuten Pneumonie, welche am 8. Tage nach ihrem Beginn den Tod herbeiführte. In dem Gewebe der diffus und schlaff hepatisirten Lungen, in der Pleuraflüssigkeit, im Herzblut, in den ulcerösen Stellen der Aortenklappen wurde der Fraenkel'sche Mikroorganismus gefunden und aus denselben Stellen kultivirt. Verf. meint, dass der letztere den polyartikulären Rheumatismus, die Endocarditis, die Pneumonie nach einander hervorgerufen habe (wiewohl aus seinen objektiven Mittheilungen zunächst nichts weiter hervorgeht, als dass der die Pneumonie begleitende und aller Wahrscheinlichkeit nach bedingende Diplococcus sich auch an einem Theil der früher erkrankten Körperprovinzen — die Untersuchung der Gelenke ergab negativen Befund bezüglich der Mikroben — angesiedelt hatte). **G. Sticker** (Köln).

14. **Netter.** Des altérations de l'oreille moyenne chez les enfants en bas âge.

(Compt. rend. hebdom. d. séances de la soc. de biol. 1889. Série 9.)

Bei 20 Kindern im Alter von 9 Tagen bis zu 2 Jahren fand N. bei der Obduktion eine Entzündung des Mittelohres; das Sekret war nur selten katarrhalisch, meist eitrig oder schleimig-eitrig und enthielt immer Bakterien (am häufigsten den Streptococcus, weniger häufig den Staphylococcus pyogenes aureus oder den Pneumococcus). Die Otitis — stets doppelseitig — war bis auf 2 Fälle nur ein accidenteller Befund und ist auf die Einwanderung im Mund vorhandener Bakterien zurückzuführen. Es wird letztere durch die Rückenlage der Kinder und den Mangel der Expektoration begünstigt; andererseits leistet die Anwesenheit des Umwandlungsproduktes jener gelatinösen Masse, welche das Mittelohr beim Fötus ausfüllt und nach der Geburt erweicht, der Bakterienwucherung im Ohr des Neugeborenen Vorschub.

Bei größeren Kindern ist die Otitis viel seltener.

H. Neumann (Berlin).

15. **Lilienthal.** Über Lokaltuberkulose nach Traumen.

(Sonderabdruck aus der Deutschen Medicinal-Zeitung 1889. No. 73.)

Nach einer Würdigung der experimentellen und histologischen Untersuchungen Schüller's über die Entstehung und Ursachen der tuberkulösen Gelenkleiden und einer Schilderung der von König in der Litteratur niedergelegten Fälle von Lokaltuberkulose nach Traumen, beschreibt Verf. 4 derartige Fälle, die aus dem Material von Karewski (Berlin) stammen. In allen diesen Fällen, deren ausführliche Krankengeschichten im Original aufgeführt werden, handelt es sich um tuberkulöse Knochen und Gelenkentzündungen, die sich nachweislich an ein stattgehabtes Trauma anschlossen.

Allerdings führt das Trauma allein nicht zur Tuberkulose, sondern es müssen zu gleicher Zeit Tuberkelbacillen im Organismus vorhanden sein. So lässt sich bei fast allen aufgeführten Pat. anamnestisch feststellen, dass sie entweder hereditär belastet oder schon vorher skrofulöse Lymphdrüsen oder gar ein chronisches Lungenleiden acquirirt haben. Verf. meint, dass bei größerer Aufmerksamkeit in

viel zahlreicheren Fällen als bisher der Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose festzustellen sein wird. **M. Cohn** (Berlin).

16. **Fabry.** Klinisches und Ätiologisches über Favus.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 4.)

Nach den Untersuchungen Quincke's kommen beim Favus zwei, durch wesentliche Merkmale unterschiedene, von ihm als α- und γ-Pilz bezeichnete, Mikroorganismen vor. Sie scheinen von einander differente klinische Erscheinungen hervorzurufen, der sog. Favus herpeticus speciell scheint durch den α-Pilz bedingt zu sein.

Dem Verf. ist es nun gelungen, von einem umschriebenen Favus herpeticus der rechten Wange eines 19jährigen Mädchens einen Pilz zu züchten, welcher sich vollständig mit der von Quincke als γ-Pilz bezeichneten Art deckt. Zu dieser Behauptung ist der Verf. um so mehr berechtigt, als er nach Überimpfung mit dieser γ-Kultur auf seinen eigenen Vorderarm wieder das sogenannte herpetische Vorstadium des Favus erzeugen konnte. Die von diesem Impffavus angelegten Reinkulturen kamen leider nicht auf; trotzdem ist wohl nicht daran zu zweifeln, dass auch der γ-Pilz, der am häufigsten vorkommende, Favus herpeticus erzeugen kann. Ob der α-Pilz dieselbe Affektion hervorrufen kann, darüber konnte der Verf. keine Erfahrungen sammeln, da er bei allen Züchtungen nur immer den Quincke'schen γ-Pilz fand, der α-Pilz scheint danach sehr selten vorzukommen.

Joseph (Berlin).

17. **Rille.** Beiträge zur Kenntnis der Varicellen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 38 u. 39.)

Verf. hat 26 auf der Klinik von v. Jaksch zur Beobachtung gelangte Fälle von Varicellen zum Gegenstande eingehender Studien gemacht.

Seine Untersuchungen erstreckten sich zunächst auf das Verhalten von Temperatur, Puls, Respiration und Harn. Es giebt zweifellos ganz leichte Fälle von Varicellen, die ohne jede Temperatursteigerung verlaufen; ist eine solche aber vorhanden, so setzt sie mit dem Auftreten von Efflorescenzen ein, steigt bei jeder frischen Eruption und cessirt, sobald die letzte vorüber ist. Puls und Respirationsfrequenz sind entsprechend dem fieberhaften Zustande erhöht. Menge und Dichte des Harnes erschienen nie wesentlich alterirt. Während der Blüthe des Exanthems und des Fiebers fand sich im Harn in einem Fünftel der Fälle ein geringer Eiweißgehalt. In einem Drittel der Fälle fand sich Aceton, dreimal Diaceturie. Auch Indican war in einigen Fällen vorhanden.

Den zweiten Theil seiner Arbeit widmet Verf. der Besprechung der Komplikationen der Varicellen und der Beschreibung einer bisher noch nicht beobachteten Folgekrankheit.

Die häufigste Komplikation ist eine nach Aufhören des Exanthems beobachtete Nephritis, die mehrfach beschrieben ist und die auch dem Verf., wenn gleich seine Fälle nicht ganz einwandsfrei, vorgekommen ist. Vereinzelt ist dann noch Pleuritis, Synovitis des Kniegelenkes und multiple Gelenkentzündung beschrieben worden.

Um so mehr Interesse darf folgender Fall beanspruchen: Kind von 9 Monaten macht typische Varicellen durch. Während der Krankheit besteht ein mäßiger Bronchialkatarrh. Ca. 14 Tage nach Beginn der Erkrankung wird das Kind unruhig. Abends steigt die Temperatur auf 39° und darüber; am folgenden Morgen eine ausgebreitete Dämpfung rechts hinten, Mittags bronchiales Athmen und verstärkter Pectoralfremitus, später überall die reichlichsten Rasselgeräusche, welche die Qualität des Athmens völlig verdecken. Um 9 Uhr Abends hochgradige Cyanose und Dyspnoe, tracheales Rasseln, fadenförmiger Puls.

Um 2 Uhr Morgens Exitus. Die Sektion ergiebt eine Pleuropneumonia dextra et incipiens sinistra. Im rechten Unterlappen große, eitrige lobuläre Herde. Verf. erinnert an die Ähnlichkeit dieses Befundes mit dem Bilde der die Variola komplicirenden Pneumonien; in Schnitten hat er Kokken gefunden, die den aus dem Bläschengehalt und dem Blute erhaltenen glichen.

Den Schluss bildet eine Betrachtung der Mikroorganismenbefunde bei Varicellen. Nach einer Erwähnung der von Tschamer, P. Guttmann, Bareggi erzielten Ergebnisse schildert Verf. seine Befunde. Im Inhalt frischer Bläschen fand er stets zahlreiche, zumeist einzeln stehende, seltener zu zweien oder in Traubenform angeordnete Kokken, deren Größe der der gewöhnlichen pyogenen entsprach. Im Inhalt trüber Bläschen fanden sich gar keine oder äußerst spärliche von diesen Formen.

Ähnliche Kokken fand Verf. im Blute zur Zeit des floriden Exanthems; im später entnommenen Blute fanden sich nur sehr spärliche oder gar keine Kokken. Diese Untersuchungen sind aber nach Verf. nur an einem so kleinen Material vorgenommen worden, dass er irgend welche Schlüsse daraus nicht ziehen will.

M. Cohn (Berlin).

18. **Dieckmann.** Über das primäre Carcinom des Ductus choledochus.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Verf. giebt zunächst eine Übersicht über 7 bisher beschriebene Fälle von primärem Carcinom des Ductus choledoch., um dann einen auf v. Ziemßen's Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall einer ausführlicheren Betrachtung zu unterziehen. Eine Wiedergabe der ganzen Krankengeschichte ist an dieser Stelle nicht möglich; hervorheben wollen wir hier nur, dass die Diagnose intra vitam nicht mit Sicherheit gestellt, vielmehr ein Echinococcus hepatis angenommen wurde. Es handelte sich in diesem Falle um ein scirrhöses Adenocarcinom.

Auf Grund der aufgeführten Fälle stellt dann Verf. einige allgemeine Charakteristica der primären Carcinome des Gallenganges auf: Eine Prädilektionsstelle für diese Neubildung im Gallengange ist nicht zu entdecken. Was die Form des Krebses anlangt, so war derselbe mehrfach als eine circumscripte, den Umfang der Kanalstelle ganz einnehmende Infiltration beschrieben, welche mit wallartig aufgeworfenem oder doch steilem Rande bestimmt endigt. Die Größe glich einmal der einer Walnuss; sonst wird die Wanddicke auf 4—5 cm, die Länge bis auf wenige Centimeter angegeben. Die Schleimhaut zeigt einmal flache Exkrescenzen, zweimal ist sie als solche nicht zu erkennen, sondern bildet eine weiche, saftreiche Wand; einmal ist sie stellenweise exulcerirt.

Der histologische Bau ist vorwiegend der des sog. Adenocarcinoms von scirrhöser Konsistenz, zweimal mit centraler Erweichung; einmal ist Gallertkrebs beobachtet.

Für die Ätiologie ergeben sich wenig Anhaltspunkte; hereditäre Disposition und Bevorzugung eines Geschlechtes lässt sich nicht erweisen. Das Alter schwankt zwischen 49 und 69 Jahren.

Die Diagnose ist sehr schwierig, da einerseits alle krebsigen Tumoren der umliegenden Organe durch Kompression des Gallenganges diagnostisch gleichwerthig werden können, andererseits die kleine Geschwulst als solche überhaupt nicht zu erkennen ist. Intra vitam ist die Diagnose in keinem Falle gestellt worden.

M. Cohn (Berlin).

19. **A. Viti.** Rottura del duodeno per trauma e contributo allo studio del processo riparativo nell' ulcera duodenale cronica.

(Riforma med. 1889. No. 178.)

Als Ergänzung zu einem von Desprès mitgetheilten Falle, in welchem ein Jüngling durch einen leichten Stoß gegen den Bauch von der Hand eines Freundes an akuter Peritonitis zu Grunde ging, dient der folgende, welcher auf Sanquirico's Abtheilung in Siena zur Beobachtung kam: Ein anscheinend gesunder 52 Jahre alter Bauer fällt rücklings unter die Last eines schweren Heubündels beim Abladen des letzteren vom Wagen. Er fühlt von diesem Augenblicke an leichte Schmerzen im Leibe und ein unbestimmtes Unwohlsein. Gleichwohl kann er seine tägliche Beschäftigung weiter verrichten und seine gewohnten Mahlzeiten einnehmen, bis am Nachmittag des 3. Tages nach dem Unfall ein heftiger Schmerz im Bauch sich einstellt mit gleichzeitigem Schüttelfrost, folgender Fieberhitze und

schwerer Prostration. Der Unterleib wird sehr schnell aufgetrieben, ist äußerst schmerzhaft. Am Abend des folgenden Tages stirbt der Kranke. Die Sektion ergab eine diffuse eitrigseröse akute Peritonitis, die ihren Ursprung von einer Ruptur des Duodenum genommen hatte. Die Rupturöffnung, von 1 cm Länge und 3 mm Breite, befand sich in dem Grunde eines ovalen Substanzverlustes von 3 cm im größten Durchmesser, der trichterförmig die Mucosa und Muscularis des Darmes dicht hinter dem Pylorusring durchsetzte und dessen Boden von der perforirten Serosa gebildet wurde. Sowohl der makroskopische Befund, als besonders die sehr genaue mikroskopische Untersuchung (vgl. d. Original) erwiesen, dass es sich um ein im Reparationsstadium begriffenes Ulcus handelte, dessen dünner Boden in Folge eines Trauma gerissen war.

Bemerkenswerth, namentlich in forensischer Hinsicht, ist der symptomlose Verlauf des Duodenalgeschwüres bis zu der Katastrophe, die ohne Aufklärung durch die Sektion als eine traumatische, primäre Peritonitis hätte erscheinen können.

G. Sticker (Köln).

20. **Th. Zacher.** Über einen interessanten Hirnbefund bei einer epileptischen Idiotin; zugleich ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der cerebralen Kinderlähmung.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XXI. p. 38.)

In den ersten Lebensjahren geistig gesund und entwicklungsfähig acquirirte Z.'s Pat. im 9. Lebensjahre eine Hirnentzündung mit sich anschließender Epilepsie und wurde allmählich vollständig idiotisch. Die spätere Untersuchung in der Anstalt ergab: Strabismus convergens, Kontrakturen im rechten Oberarm (leichte Beugestellung des Unterarmes, Hyperextension der Hand, Klauenstellung der Finger) Varo-equinus-Stellung des rechten Fußes. Stehen möglich, nicht aber Vorwärtsschreiten. Patellarreflex rechts fehlend, links schwach. Tiefe Stufe der Intelligenz. Nach mehreren rasch sich folgenden Anfällen (sonst monatlich einmal) Exitus letalis unter Lungenerscheinungen der 42 Jahre alten Pat. Sektion: Pia namentlich links über dem mittleren Drittel der Konvexität getrübt und ödematös. Kleinhirn von den Hinterhauptslappen nicht bedeckt. Links 2. Stirnwindung in der Mitte etwas eingesunken und gelblich verfärbt. Hirngewicht 1170 g. Vor und oberhalb des linken Streifenhügels in der äußeren vorderen Ventrikelwand, etwas in den Ventrikel hineinragend, ein rundlicher, glatter, zum Theil verknöcherter, nussgroßer Tumor. In der 1. und 2. Stirnwindung 2 glattwandige, nicht unter einander oder mit dem Ventrikel kommunicirende haselnussgroße Höhlen. Linke Hälfte von Pons und Medulla schmäler. Mikroskopisch findet sich in der Umgebung der Höhlen eine erhebliche Verminderung der markhaltigen Fasern und ein feines, von den Gliafasern zarter Spinnenzellen herrührendes Netzwerk. Auch den Tumor umgiebt eine ähnliche Schicht nur etwas derberer Fasern. Gegen die Höhlen zu wird das Netz loser. Die Gefäßveränderungen sind nicht besonders auffallend. Während die markhaltigen Fasern in der Rinde mehr oder weniger geschwunden und im Rindenmark bedeutend gelichtet sind, sind sie in der Markleiste, welche an Weigertpräparaten als tiefschwarzer Streifen imponirt, wohl erhalten.

In den Vorderhörnern des Rückenmarkes sind die markhaltigen Nervenfasern ebenfalls geschwunden, die Ganglienzellen aber intakt.

Die Höhlen sind nach Z. durch Einschmelzung, der Tumor durch Verknöcherung des gliösen Gewebes entstanden. Eine solche Knochenbildung auf dem Boden veränderter Gliasubstanz ist nach Virchow nicht unmöglich. Durch diesen Fall wird ferner in beweiskräftiger Weise die Existenz des Meynert'schen Associationsfasersystems in der Markleiste der Rinde dargethan.

A. Cramer (Eberswalde).

21. **Levy.** Über Astasie und Abasie, ein Beitrag zur Hysterie.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Im Jahre 1888 hat Blocq, ein Schüler Charcot's, eine größere Abhandlung veröffentlicht, in der er einen Zustand eingehender beschreibt, bei dem es

dem Individuum nicht möglich ist, in normaler Weise zu stehen und zu gehen, während die Untersuchung weder eine Sensibilitätsstörung, noch eine Abnahme der motorischen Kraft, noch eine Koordinationsstörung in den Bewegungen der unteren Extremitäten ergiebt. Der Verf. der vorliegenden Arbeit schildert nun einen in der Poliklinik von Mendel beobachteten Fall, der die gleiche Erscheinung bot, bespricht ferner die von Blocq gesammelten Fälle — es sind bis jetzt im Ganzen 11 veröffentlicht worden —, um dann den Symptomenkomplex der Erkrankung einer Betrachtung zu unterziehen.

In den meisten Fällen ist der Anfang der Störung ein plötzlicher in Folge einer lebhaften Erregung oder eines leichten Traumas; in einigen entwickelt sie sich allmählich, ohne dass der Pat. irgend einen Grund anzugeben weiß. Die Störung ist immer nur auf die associirte Muskelthätigkeit beim Stehen und Gehen beschränkt. Dabei lässt sich die Thatsache feststellen, dass der Kranke, wenn er sitzt oder liegt, keine anormalen, unkoordinirten Bewegungen darbietet. Die motorische Kraft, so wie das Muskelgefühl sind unversehrt. Der Kranke führt mit Kraft und Präcision alle Bewegungen aus, die man ihm aufträgt.

Da fast stets gleichzeitig andere Symptome der Hysterie vorhanden sind, da ferner oft der Verlauf — plötzliches Entstehen und Verschwinden, leichtes Recidiviren — für Hysterie spricht, so ist man berechtigt, auch diesen krankhaften Zustand für ein Symptom der Hysterie aufzufassen, dessen Grundlage nicht eine materielle, sondern eine funktionelle Erkrankung bildet.

Nach einer Erörterung der möglichen diagnostischen Irrthümer wendet sich L. schließlich zur Behandlung der hysterischen Astasie und Abasie, die nur eine rein psychische sein kann und oft viele Wochen und Monate erfordert.

M. Cohn (Berlin).

22. **W. Manz.** Über die recidivirende Oculomotoriuslähmung. (Zweite Mittheilung.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 34.)

Ein 23jähriger, hereditär nicht belasteter, im Übrigen gesunder Hausknecht leidet seit seinem 14. Jahre an anfänglich alle 4 Wochen, später alle 6 Wochen auftretenden Anfällen von heftigem, linksseitigem Kopfschmerz, welche mit starken Störungen des Allgemeinbefindens verbunden 24—36 Stunden andauern. Darauf stellt sich eine 1—2 Tage anhaltende Lähmung des linken Auges ein. Ein besonders intensiver Anfall führt den Kranken in die Augenklinik, wo folgender Befund erhoben wird: Linkes Auge durch das herabgesunkene unbewegliche Oberlid bedeckt. Strabismus divergens sinister. Linke Pupille starr und erweitert. Sehschärfe 6/6 mit +0,7 D. Accommodation sehr beschränkt. Auge lichtscheu, leicht thränend. Zuerst bessert sich (schon am nächsten Tage) die Beweglichkeit des Oberlides und des Bulbus, später auch Accommodation und Reaktion der Pupille. Ganz gehen aber die Störungen, wie auch früher in den anfallsfreien Zwischenräumen, nicht zurück. Da noch ein kleiner Rest der Störung in den freien Intervallen zurückbleibt, rechnet M. den Fall zu den periodisch exacerbirenden Oculomotoriuslähmungen. Das periodische Auftreten ist er geneigt, von Cirkulationsveränderung abzuleiten, während ihn die auch in der anfallsfreien Zeit bestehende leichte Parese, auf welche in solchen Fällen sorgfältig zu achten ist, auf eine anatomische Läsion im Stamm oder Kern des Oculomotorius hinzudeuten scheint.

A. Cramer (Eberswalde).

23. **Barker.** Notes of cases on an outbreak of syphilis following on tattooing.

(Brit. med. journ. 1889. No. 1479.)

Ein Individuum, welches Schankernarben am Penis und syphilitische Ulcerationen am Gaumen und der Wangenschleimhaut hatte, tätowirte 22 Soldaten. Von diesen wurden 14 inficirt, wovon 12 in B.'s Behandlung kamen. 4 Soldaten, die vorher schon Syphilis gehabt hatten, erkrankten nicht. Bei den 5 übrigen, die nicht erkrankten, obwohl sie noch nie vorher Syphilis gehabt hatten, konnte nach-

gewiesen werden, dass der Speichel des Individuums nicht mit der Haut der Soldaten in Berührung kam. In den anderen Fällen kam die Infektion auf folgende Art zu Stande: die Farbe wurde mit Speichel angerieben, die geritzte Haut mit Speichel benetzt, ferner wurden mit Kopirtinte gezeichnete Schablonen mit Speichel angefeuchtet und auf den Armen der Soldaten abgedruckt, auch die Nadel gelegentlich in den Mund genommen.

Die Incubationsperiode wechselte sehr und schwankte zwischen 13 und 87 Tagen. Während in der Regel die Infektion per cohabitationem nur zu einem Schanker führt, entstanden hier mehrere, bis zu 4. In 5 Fällen war die Primäraffektion merkwürdigerweise eine Rupia, die doch sonst nur eine spät sekundäre oder tertiäre Manifestation ist. Abbildungen derselben, welche Hutchinson gezeigt wurden, veranlassten diesen zu der Bemerkung, dass er schon ähnliche Primäraffektionen auf der Körperhaut gesehen habe, aber noch keine, welche so sehr der Rupia gleichen, wie die vorliegenden. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

24. Ed. Welander. Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Thymol- und Salicylquecksilber.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. bestätigt die Erfahrungen, welche Jadassohn und Zeising mit diesen Hg-Verbindungen gesammelt. Von dem essigsauren Thymolquecksilber (1 : 10 Paraffin. liquid.) machte er im Mittel 6—7 Injektionen. Die Schmerzen an der Einstichstelle waren meist unbedeutend, dagegen stellten sich recht oft mehr oder weniger große Infiltrationen ein. In einem Falle zeigte sich der Urin während der Behandlung albumenhaltig und Verf. konnte keine andere Ursache dafür als die Hg-Einwirkung auffinden. Im Urin ließ sich einige Male Hg bereits ein paar Stunden nach der ersten Einspritzung nachweisen, in anderen Fällen aber waren 2, ja 3 Tage vergangen, ehe sich der Urin Hg-haltig zeigte. Sehr wichtig ist, dass Verf. bei keiner anderen Behandlung so lange nachher noch eine so große Menge Hg im Urin auffinden konnte, wie nach der Einspritzung von Thymolquecksilber. Bei einem Pat. fand sich nämlich 30 Tage nach beendeter Kur noch eine höchst bedeutende Menge Hg im Urin und eben so wurde bei 6 Pat. noch 51, 54, 60, 71, 74 und 100 Tage nach der letzten Injektion Hg im Urin aufgefunden. Über Recidive lässt sich natürlich noch nichts sagen. Verf. giebt diesem Präparate vor dem Salicylquecksilber den Vorzug, weil sich bei dem letzteren mehrmals die Kanüle verstopft und die Infiltrationen wie die Schmerzen in der Regel größer waren als bei dem Thymol-Hg. Auch mit dem Salicyl-Hg trat in einem Falle nach der 6. Injektion Albuminurie auf. **Joseph** (Berlin).

25. Pick. Zur Kenntnis der Acne frontalis seu varioliformis (Hebra), Acne frontalis necrotica (Boeck).

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. identificirt die in der Überschrift genannten beiden Krankheitsformen nicht mit einander und theilt von jeder derselben eine ausführliche Krankengeschichte mit.

In dem Falle von Acne varioliformis Hebra handelte es sich um einen 30jährigen Mann, welcher seit einem halben Jahre an der Affektion litt. Der Process breitete sich allmählich von der Stirn, insbesondere an der Haargrenze, auf die Wangen und den behaarten Theil des Gesichts, so wie auf die Ohrmuscheln, den Hals und die oberen Extremitäten aus. So wie es Hebra geschildert, zeigten sich hier theils flache, hanfkorngroße Knötchen, theils Pusteln. Es fanden sich im Inneren der Efflorescenzen keine Comedonen und an der Spitze bildete sich eine flache, scheibenförmige Kruste, welche den untergelegenen Theilen fest adhärirte. Wenn die Borke abfiel bildete sich eine Narbe, welche gegen die Umgebung vertieft war. Die Pustelbildung entsteht erst sekundär durch Infektion mit Eiterkokken. Das klinische Bild stimmt zu der Bezeichnung Acne varioliformis sehr gut.

Die von Boeck als Acne necrotica bezeichnete Erkrankung charakterisirt sich

ganz besonders durch die schon von dem ersten Autor treffend hervorgehobenen von P. bestätigten kleinen staubförmigen, hämorrhagischen Pünktchen, welche zusammen einen kleinen violettrothen Fleck bilden, ferner durch die ödematös imbibirte Oberhaut und die stellenweise viel stärkere und tiefer gehende Verschorfung.

Jedenfalls sind noch weitere Beobachtungen nothwendig, um zu entscheiden, ob diese beiden Processe nahe verwandt oder zusammengehörig sind.

Joseph (Berlin).

26. **O. v. Schab.** Drei Fälle von kongenitaler Ichthyose.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Verf. vermehrt die Litteratur dieser seltenen Erkrankung durch Mittheilung dreier Fälle, welche zugleich in ihren anatomischen Kennzeichen genauer studirt wurden. In 2 Fällen zeigte die Haut eine mächtig entwickelte Hornschicht, deren Dicke nicht allein durch eine abnorme Cohärenz der gebildeten Hornschichten, sondern auch durch Verhornung intrapapillar gelegener Theile bedingt zu sein schien. Die Haartaschen waren in ihrer Wand stark verdickt und die Ausführungsgänge der Talgdrüsen durch mächtige Hornsubstanzen verlegt, die Schweißdrüsen schienen in geringerem Grade betheiligt zu sein. In dem 3. Falle war der pathologische Process viel geringer entwickelt.

Makroskopisch war der 1. Fall fast vollkommen gleich dem bekannten Kyber'schen, wie überhaupt fast alle bisher bekannten Fälle dieser Erkrankung sich hochgradig gleichen. Kyber verlegte den Beginn des Leidens gegen das Ende des dritten bis Anfang des vierten Monats des intra-uterinen Lebens. Verf. hält die fötale und vulgäre Ichthyosis für identische Krankheitsprocesse, im Wesentlichen bedingt durch eine Hyperkeratose, die je nach ihrer In- und Extensität, mit der sie die Hautdecke des Fötus befällt, verschiedene Varietäten bedingt. Kopp schlägt für diesen Krankheitsprocess den Namen »Keratosis diffusa universalis congenita« vor.

Joseph (Berlin).

27. **Linhart.** Zur Endoskopie, ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. benutzte in einem Falle, wo er eine Striktur von wechselndem Kaliber mit großer Vulnerabilität, häufigen Blutungen bei sanftester Berührung vor sich hatte, ein gerades, unten offenes Grünfeld'sches Endoskop, als Beleuchtungs-, als Sehapparat den Bonnafont'schen Ohrenspiegel und als Lichtquelle die Hinks'sche Lampe für Polarisationsapparate. Er erhielt so deutliche und scharfe Bilder mit dieser Methode, dass er dieselbe zur allgemeinen Verwendung auf das wärmste empfehlen kann.

Joseph (Berlin).

28. **S. Gottschalk.** Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Bei einer Schwangeren, bei der S. schon einmal wegen unstillbaren Erbrechens, nachdem alle anderen Mittel fehlgeschlagen hatten, den künstlichen Abortus ausgeführt hatte und die abermals bei der nächsten Schwangerschaft von demselben Leiden heimgesucht wurde, nur dass diesmal Blutbrechen bestand, wandte G. Menthol an (Menthol 1,0, Solve in Spir. vin. 20,0, Aq. dest. 150,0; stündlich 1 Esslöffel). Schon nach 3 Esslöffeln erholte sich Pat. und genas vollkommen. In einem analogen Falle trat die gleich günstige Wirkung des Menthols ein. Verf. glaubt daher, dieses Mittel zur weiteren Prüfung empfehlen zu können.

Peiper (Greifswald).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 1. März.** **1890.**

Inhalt: 1. **Forster,** Einwirkung gesättigter Kochsalzlösung auf pathogene Bakterien. — 2. **Karliński,** Verhalten der Typhusbacillen in den Dejektionen. — 3. **L. Lehmann,** Erden und ihre Harnsäurelöslichkeit. — 4. **Otto,** Pleuritischer Schmerz. — 5. **Mairet,** Procursive Epilepsie. — 6. **Scheinmann,** Nasale Reflexneurosen. — 7. **di Vestea,** Heiße Luftathmung bei Lungentuberkulose.

8. **Kahler,** Chlorose. — 9. Derselbe, Leukämie. — 10. **Bouygues,** Lebercirrhose bei tuberkulösen Potatoren. — 11. **Büchler,** Varicellen. — 12. **Beide,** Pharynxerkrankungen bei Abdominaltyphus. — 13. **Buisson,** Anomale Gicht. — 14. **Mastbaum,** Resorption des salicylsauren Natron. — 15. **van Ackerern,** Creolinvergiftung. — 16. **Samter,** Bromkali als Antidot gegen Jodoform. — 17. **Burghardt,** Therapie der Diphtheritis. — 18. **Schmidt,** Schlitzung der Mandeln. — 19. **Stephan,** Hysterischer Mutismus. — 20. **Gallinek,** 21. **Ruhemann,** Chorea. — 22. **Sachs,** Nukleäre Ophthalmoplegie und Poliomyelitis. — 23. **v. Schrenk-Notzing,** Konträre Sexualempfindung.

Anzeige, betreffend den IX. Kongress für innere Medicin in Wien.

1. S. Forster (Amsterdam). Über die Einwirkung gesättigter Kochsalzlösungen auf pathogene Bakterien.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 29.)

Gelegentlich eines Gutachtens, das Verf. über die Einführung einer Beschau von gesalzenem, geräucherten und in sonstiger Weise konservirtem Fleische abzugeben hatte, wurden Versuche angestellt über die Einwirkung von Kochsalz auf die Lebensfähigkeit von pathogenen oder infektiösen Bakterien. Hierbei verhielten sich nun verschiedene Bakterienarten verschieden, indem z. B. Cholerabacillen sehr bald, dagegen Typhusbacillen, Staphylokokken, Streptokokken und die Bakterien des Schweinerothlaufes erst nach Wochen oder selbst Monaten zu Grunde gingen. Besonders interessant ist, dass Tuberkelbacillenkulturen, nachdem sie mindestens 2 Monate mit Kochsalz bedeckt waren, noch entwicklungsfähig geblieben waren. Auch Organtheile eines Rindes, die mit Perlsuchtknoten durchsetzt waren und in gleicher Weise wie Fleisch, das zum Einpökeln be-

stimmt ist, behandelt und mit Salz bestreut und bedeckt wurden, behielten ihre Infektiosität, dessgleichen Sputa von Phthisikern. Wahrscheinlich sind es die Sporen, durch welche die Widerstandsfähigkeit bestimmter Bakterienarten gegen die Einwirkung gesättigter Kochsalzlösungen bedingt wird, wofür Versuche sprechen, die mit Milzbrandbacillen angestellt wurden. Während nämlich Milzbrandbacillen in Blut oder Organen von an Milzbrand erlegenen Thieren schon nach 18—24 Stunden zu Grunde gingen, hielten sich Kartoffelkulturen von Milzbrandbacillen, in denen sich reichlich Sporen entwickelt hatten, monatelang virulent. Bei Typhusbacillenkulturen zeigten sich bald unter dem Einfluss des Kochsalzes nur noch wenige gut färbbare Bacillen bei der mikroskopischen Untersuchung, während die Überimpfbarkeit sich lange erhielt, und es scheint, als ob auch hier die vegetativen Formen durch das Kochsalz bald zu Grunde gingen, während eine Dauerform unversehrt bleibt.

Aus diesen Versuchen geht jedenfalls hervor, dass das Einsalzen der Weichtheile von Thieren, die an Perlsucht, pyogenen und anderen bakteritischen Erkrankungen gestorben sind, das Leben der in ihnen anwesenden Krankheitserreger nicht vernichtet. Ob dies durch das Räuchern und Eintrocknen des Fleisches der Fall ist, muss durch besondere Untersuchungen erst geprüft werden.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

2. **J. Karliński.** Untersuchungen über das Verhalten der Typhusbacillen in typhösen Dejektionen.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. VI. No. 3.)

K. untersuchte in 21 sicheren Fällen von Typhus den Koth auf Typhusbacillen und fand, dass sie sich nie vor dem 9. Tage nachweisen ließen. Er fand sie 2mal am 9., 2mal am 10., 4mal am 12., 9mal am 14., 2mal am 17., 3mal erst am 21. Krankheitstage. Von dem Zeitpunkt ihres Erscheinens an nimmt ihre Zahl beständig zu, bis die Temperatur sinkt und der Stuhl fester wird; beim Auftreten von Darmblutungen ist ihre Zahl besonders groß.

Der Nachweis von Typhusbacillen war besonders bei Kindertyphen und bei der in Südbosnien und der Herzegowina endemisch auftretenden »Hundskrankheit« von Werth. Bei 28 von ihr befallenen Personen ließ sich durch tägliche Kothuntersuchung der Nachweis von Typhusbacillen erbringen. K. stellte fest, dass die »Hundskrankheit« ein durch Malaria in seinem Verlauf beeinflusster Typhus ist.

Die Typhusbacillen blieben — unabhängig von der umgebenden Temperatur — in den typhösen Stühlen nicht länger als 3 Monate lebensfähig. Die Anwesenheit verflüssigender proteusartiger Stäbchen im Koth veranlasste schon nach 10—16 Tagen das Absterben der Typhusbacillen.

Bei Entleerung der typhösen Stühle in die Senkgruben gehen

die Typhusbacillen um so schneller zu Grunde, je mehr Kanaljauche und Wasser, resp. je mehr Fäulnisbacillen sie dort vorfinden. Die Dauer ihrer Lebensfähigkeit ist zeitlich begrenzter als Uffelmann fand.

Nebenbei macht K. über den durch Malaria modificirten Rückfallstyphus in der Herzegowina einige Bemerkungen. Personen, welche früher an Malaria litten, werden von einer endemischen fieberhaften und mit Gelbsucht verbundenen Krankheit von sehr wechselndem Verlauf befallen. In den ersten 3 Tagen kommen im Blut massenhaft »Spirillen« vor; dieselben sind aber klein, so dass sie nie die Größe eines rothen Blutkörperchens erlangen und zeigen meist nur 1—2 Windungen. **H. Neumann** (Berlin).

3. **L. Lehmann** (Oynhausen-Rehme). Erden (erdige Brunnen) und ihre Harnsäurelöslichkeit.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 28.)

Pfeiffer hat nach einer eigenartigen Methode die harnsäurelösende Bedeutung des Lithium, des Wiesbadener Kochbrunnens, des Karlsbader Mühlbrunnens und der Fachinger Brunnen untersucht, und gefunden, dass die Fähigkeit des Urins, Harnsäure zu lösen, unter dem Gebrauche dieser Wässer zunimmt. Die größte Bedeutung hat in dieser Richtung das einfache Natronwasser, als dessen Repräsentant Fachingen gilt.

Die Calcium- und Magnesiumcarbonate, die ja von Alters her sich des Ruhmes großer harnsäurelösender Kraft erfeuten und in den von Pfeiffer untersuchten Wässern selbst bis zu 1 g per Liter enthalten sind, wurden bei genannten Untersuchungen als unwesentlich in der Gesammtwirkung übergangen.

Dies veranlasste L. zu einer experimentellen Arbeit, die als Ehrenrettung die verkannten Erden in ihre alten Rechte einzusetzen berufen ist. L. untersuchte nach der Methode von Pfeiffer die Source du Pavillon von Contienville (Calciumbicarbonat 0,402, Magnesiumbicarbonat 0,035 pro Liter), die in hervorragendster Weise nur Erden und kein Natronsalz enthält, und die Helenenquelle von Wildungen, die allerdings im Liter neben 4,2 g kohlen- und doppeltkohlensaurem Calcium und Magnesium 0,8 g doppeltkohlensaures Natron enthält, und experimentirte dann mit Calciumcarbonat 1 g pro die und Magnesiumcarbonat 1 g pro die.

Für die Details der äußerst gedrängt geschriebenen Arbeit muss ich auf das Original verweisen; nur das Resultat sei hier angeführt: Die Calcium- und Magnesiumcarbonate und Bicarbonate erhöhen die Harnsäurelöslichkeit des Urins; als Brunnen getrunken vermehren sie außerdem wesentlich die tägliche Urinmenge und die Harnsäureausfuhr. Dieser Effekt lässt sich, an Intensität abnehmend, noch über Tage hinaus verfolgen. **A. Frey** (Baden-Baden).

4. **Otto.** Über den pleuritischen Schmerz und seine Behandlung durch partielle Kompression des Thorax.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 39.)

Bei Fällen mit Pleuritis, in welchen hochgradigere Difformitäten des Thorax nicht bestehen und die Elasticitätsverhältnisse des Brustkorbes noch innerhalb physiologischer Grenzen liegen, gebraucht O. zur Beseitigung des pleuritischen Schmerzes eine partielle Kompression des Thorax durch eine 6—7 cm breite Binde aus Baumwollenstoff, die in einer der Lokalisation des Schmerzes entsprechenden Höhe den Brustkorb so fest umschnürt, dass der Inspirationsexkursion der komprimirten Rippen ein Hemmschuh auferlegt wird. Bei einseitiger Erkrankung beginnt man mit der Applikation der Binde an der Axillarlinie der gesunden Seite, führt die Binde in über einander liegender Doppeltour stramm um den Thorax und befestigt das zum Anfangstheil zurückkehrende Ende mit diesem und dem mittleren Bindentheil durch eine große Sicherheitsnadel, während kurz vor endgültigem Abschluss der Pat. mäßig exspirirt.

Nur bei korpulenten Frauen macht das Anlegen der Binde Schwierigkeiten.

Im ersten Augenblick empfindet der Kranke den Druck als beengend, doch nach wenigen Minuten wird er ruhiger, die Stiche und schmerzhaften Hustenstöße hören auf und selbst bei tieferen Inspirationen entsteht kein nennenswerther Schmerz mehr.

Seifert (Würzburg).

---

5. **A. Mairet.** De l'épilepsie procursive. Leçons cliniques.

(Revue de méd. 1889. No. 2, 7 und 8.)

Ein Epileptiker, den M. beobachtete, bot 2 Arten von Anfällen dar: kleinere, die aus Lachen, Kopfdrehen, einem eigenthümlichen Geräusch der Lippen und Gestikuliren der Arme bestanden und nach einigen Sekunden cessirten, und größere, die sich aus denselben, jedoch verstärkten Symptomen und tanzenden Bewegungen der Beine zusammensetzten. Mitten im Lachen stürzte Pat. dann vorwärts, lief 20—30 m weit und fiel dann plötzlich auf das Gesicht. Nach heftigem Umsichschlagen erfolgte dann ein regulärer epileptischer Anfall, der in bekannter Weise ablief. Diese großen Anfälle fallen unter die seltene und bisher wenig bekannte Form der Epilepsia procursiva.

Die Sektion ergab einerseits eine Hyperämie aller Hirngefäße und eine chronische Entzündung der Hirnhäute, andererseits eine Sklerose nebst Atrophie der Innenseite des linken Occipitallappens und der oberen, inneren Region der rechten Kleinhirnhemisphäre. Während die ersteren pathologischen Veränderungen wohl bei fast allen älteren Epileptikern angetroffen und als Folgeerscheinungen, nicht als Ursache der Anfälle betrachtet werden, geben die sklerotischen Erscheinungen zu der Frage Veranlassung, in wie weit dieselben mit den oben geschilderten Anfällen in Beziehung zu bringen sind.

Dieser Fall gab M. Veranlassung auf diese seltene Krankheitsform, die schon früher unter verschiedenen Namen beschrieben und in neuerer Zeit von Bourneville und Bricon zuerst wieder in den Vordergrund gezogen worden ist, näher einzugehen.

Die procursive Epilepsie ist eine Form von Epilepsie, bei der

in Bezug auf die motorische Sphäre entweder der ganze Anfall oder nur ein Theil desselben in einem Vorwärtslaufen besteht.

M. unterscheidet 3 Gruppen: 1) die eigentliche procursive Epilepsie — hierbei bildet das Vorwärtslaufen den ganzen Anfall —, 2) die Epilepsie mit procursiver Aura und 3) die postepileptische procursive Epilepsie.

Bei der 1. Form stößt der Kranke einen Schrei aus, verliert das Bewusstsein, läuft vorwärts, bleibt plötzlich stehen, kehrt zum Bewusstsein zurück und damit ist der Anfall vorüber. Die Pat. laufen nicht immer in gerader Richtung, sondern bald in kleineren oder größeren Kreisen, bald machen sie wieder Kehrt und laufen zum Orte des Ablaufes zurück. Die Art des Laufes ist hastig, überstürzt. Motorische Symptome, wie Sprünge und Drehbewegungen, gehen öfters diesen Erscheinungen voraus.

Die Dauer des Laufes ist verschieden lang; in einem Falle lief der Kranke 66 m hin und wieder zurück.

Stellen sich auf dem Laufe Hindernisse in den Weg, so ist das Benehmen der Kranken ein sehr verschiedenes. Theils umgehen sie dieselben, theils kehren sie um, bald suchen sie dieselben zu überwinden, bald stürzen sie sich auf dieselben, um sie zu zertrümmern.

In Bezug auf den Bewusstseinsverlust während des Anfalles sagt M., dass das Umgehen der Hindernisse allerdings ja den Anschein des Erhaltenbleibens des Bewusstseins erwecke, jedoch könne es sich nur um einen schwachen Rest desselben handeln, da die Kranken weder irgend welche Erinnerung an die Vorgänge des Anfalles nach Ablauf desselben hätten, noch auf irgend welche Eindrücke reagirten, die während des Anfalles auf sie einwirkten.

Die Aura, die meist vorhanden ist, zeigt ein gleiches Verhalten wie bei der gewöhnlichen Form der Epilepsie. Der Schrei ist dagegen von längerer Dauer und setzt sich häufig aus einer Reihe einzelner Schreie zusammen. Gleichzeitig oder auch nachher machen die Kranken eigenthümliche Lippenbewegungen. Häufig stoßen sie auch während des Laufens einzelne Worte aus. Nach dem Anfalle ist der Kranke abgeschlagen und oft schläfrig. Während des Anfalles wurde niemals Schaum oder Speichel vor dem Munde bemerkt.

Statt dieser ausgeprägten Anfälle sieht man wie bei genuiner Epilepsie abortive Formen, wie kurze Schwindelanfälle, mit plötzlichem Vorwärtslaufen. Diese dauern jedoch nur wenige Sekunden.

Was nun die Wiederholung dieser Anfälle betrifft, so erwähnt M., dass dieselben in der Regel mehrere Jahre lang rein bleiben; später, je nach der Art des betreffenden Falles, wechselt die Form derselben. Bald beobachtet man epileptische Anfälle mit procursiver Aura, bald gewöhnliche epileptische Insulte. Schließlich kann auch ein Alterniren dieser Formen eintreten.

Die Epilepsie mit procursiver Aura besteht aus einem Lauf-

stadium, das sich nicht von dem vorher geschilderten unterscheidet und einem darauf folgenden regulären epileptischen Anfall, der mehr oder weniger stark sein kann. Befällt der Anfall die Pat. im Bett, so gleiten sie auf den Boden und drehen sich um sich selbst, ohne sich jedoch zu erheben.

Was schließlich die dritte Gattung, die postepileptische procursive Epilepsie, betrifft, so existirt darüber nur eine einzige Mittheilung von Bourneville und Bricon.

Die ersten Spuren der Erkrankung lassen sich meist bis in die ersten Lebensjahre verfolgen, analog wie bei der genuinen Epilepsie. Dann entwickelt sich das Leiden progressiv. Eben so ist das Verhalten der Kranken in der anfallsfreien Zeit bei beiden Arten der Erkrankung das gleiche. Doch können daneben Entwicklungsanomalien bestehen, die auf eine organische Hirnläsion schließen lassen.

Das hauptsächliche ätiologische Moment bildet vor Allem die Heredität; namentlich werden die Kinder von Alkoholisten und Phthisikern befallen. Daneben haben jedoch auch Traumen und Gemüthserschütterungen einen Einfluss.

Die pathologische Anatomie der Erkrankung stützt sich bisher nur auf 4 genaue Sektionsbefunde. Das Resultat ergab stets eine Sklerose des Gehirns, die bald mit Atrophie, bald mit Hypertrophie verbunden war. Der Sitz dieser Sklerose ist an keine bestimmte Region des Gehirns gebunden; es kann sogar ausschließlich das Kleinhirn betroffen sein. In den obigen 4 Fällen war letzteres stets erkrankt.

Einen Zusammenhang zwischen diesen Befunden und der Laufepilepsie hält M. für sehr wahrscheinlich. Er spricht die Erkrankung für eine symptomatische Epilepsie an. In welcher Beziehung jedoch das Kleinhirn zu der Affektion steht, kann Verf. bei der Spärlichkeit des vorliegenden Materials und in Hinsicht auf die sklerotischen Erkrankungen des Cerebellum ohne Auftreten von Epilepsie nicht entscheiden.

Die Diagnose bietet keine Schwierigkeiten. Die Prognose ist ernst, doch kann eine länger anhaltende Besserung des Leidens eintreten.

Die therapeutische Erfahrung ist bisher sehr gering. Brompräparate sollen schädlich wirken. M. selbst empfiehlt den Gebrauch von Jodnatrium mit einem geringen Zusatz von Brom.

A. Neisser (Berlin).

---

6. **Scheinmann.** Zur Diagnose und Therapie der nasalen Reflexneurosen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 14 ff.)

Die vorliegende Arbeit ist mit vielem Geschick und Fleiß geschrieben, die ausführliche Besprechung der für den Nachweis von nasalen Reflexneurosen nothwendigen Untersuchungsmethoden, so wie die reiche sorgfältig ausgewählte Kasuistik (größtentheils dem

Materiale der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke entnommen) trägt wesentlich zur Klärung der so wichtigen Frage von den Reflexneurosen bei. Wèr sich mit derselben beschäftigt hat, wird mit S. nicht bezweifeln, dass in gewissen Fällen von Neurosen im Gebiete des Trigeminus, Vagus und Sympathicus ein relativ häufiger Zusammenhang mit pathologischen Zuständen in der Nase vorhanden ist. Die von S. eingehaltene Untersuchungsmethode stützt sich hauptsächlich auf die Anwendung des Cocains. Das erste, allgemeine Cocainexperiment besteht darin, dass während 'eines Anfalles der Neurose die eine oder andere Nasenseite resp. beide möglichst umfangreich im Allgemeinen anästhesirt werden. Ist diese Anästhesie erreicht, so muss der bestehende Anfall koupirt werden oder doch sehr wesentlich beeinflusst sein und zwar in der Zeit von 5—10 Minuten. Ist das der Fall, so muss durch genaueste Absuchung des Naseninneren mittels Sonde und Cocain die Reizstelle gefunden werden. Nun folgt das zweite Cocainexperiment, indem im Anfall nur die gefundene Reizstelle mit Vorsicht ausreichend anästhesirt wird, es muss nun wiederum der Anfall in 5—10 Minuten koupirt oder doch mit großer Deutlichkeit abgeschwächt sein.

Ob für das Zustandekommen einer nasalen Reflexneurose eine mehr oder weniger ausgeprägte neurasthenische oder hysterische Beschaffenheit des Nervensystems unbedingt als von vorn herein bestehend nothwendig ist, glaubt S. nach einigen Erfahrungen bezweifeln zu müssen.

Von den Formen der nasalen Reflexneurosen werden im Detail besprochen und durch Krankengeschichten illustrirt: Trigeminusneuralgie und Kopfschmerz, Parästhesien des Pharynx, Krampfhusten, Coryza vasomotoria, Asthma.

Als Aufgaben für die Therapie der nasalen Reflexneurose ergeben sich: Beseitigung der Hyperästhesie der Nasenschleimhaut in erster Linie, sorgsame Behandlung der vorhandenen Nervenschwäche, Beseitigung aller Momente, welche als besonders wirksame Reize erkannt sind; die Verhütung von Recidiven bildet nach erreichter Beseitigung der nasalen Hyperästhesie und ihrer Folgen die weitere Aufgabe der Therapie.

Bei eingetretenen Recidiven wird man finden, dass der Wiederbeginn der alten Beschwerden einer neu gebildeten nasalen Reizstelle entspricht. **Seifert** (Würzburg).

---

7. **A. di Vestea.** Sulle inalazioni di aria sopra-riscaldata nella cura della tisi e sopro un facile mezzo di determinare la temperatura polmonare.

(Riforma med. 1889. No. 179.)

Verf. versucht zu ergründen, ob die mittels des Weigert'schen Apparates eingeathmete heiße Luft, in die Lunge gelangend, noch einen Temperaturgrad besitzt, welcher geeignet ist, durch Vernich-

tung oder Abschwächung der Tuberkelbacillen der Hypothese einer diskontinuirlichen Sterilisirung Rechnung zu tragen. In einem Vorversuch schätzt er den Wärmeverlust, welchen die auf 200° C. erhitzte Luft auf dem Wege vom Munde des Einathmenden bis zur Bifurkation der Trachea erleidet, dadurch ab, dass er die oberen Athmungswege durch einen Glascylinder nachbildet, dessen Lichtung 17 mm, dessen Länge 50 cm misst, dessen Innenseite eine mittels Eisenspirale festgehaltene Leinewandauskleidung trägt, die durch einen geregelten kühlen Wasserzufluss beständig feucht gehalten wird. Dem Ende des Cylinders schließt sich eine Literflasche an, welche durch einen nach Maßgabe der physiologischen Athmungsfrequenz und des Respirationsvolums arbeitenden Blasebalg gelüftet wird.

Zeigte das Thermometer des Weigert'schen Apparates eine Luftwärme von 200° C., so stieg das Thermometer am Endtheile jener künstlichen Trachea nie über 48° C., wenn das Rohr die oben angegebene Länge von 50 cm hatte. Es zeigte nur 44—45° C., als ein Cylinder von 120 cm Länge genommen wurde, dessen Wandauskleidung von einer Wassermenge bespült wurde, die in einzelnen Tropfen das Reservoir füllte; es zeigte aber höchstens 42—40° C., wenn der Wasserzufluss derart vermehrt wurde, dass ein zusammenhängender Wasserfaden von der künstlichen Schleimhaut ablief.

In einer weiteren Versuchsanordnung stellte sich heraus, dass der Weigert'sche Apparat, wenn sein Thermometer 200° C. zeigt, einer Wassermenge von 500 g innerhalb 20, 40 und 50 Minuten nicht mehr als 10° Wärme zuzuführen vermag.

Wenn nun auch der wirkliche Luftraum vom Munde bis zur Bifurkation beim Menschen kleiner ist, als er bei der erstgenannten Versuchsreihe geboten wurde, und wenn auch die Flüssigkeit (das Blut), welche die Auskleidung jener Luftwege badet, höher temperirt ist als das Wasser in dem künstlichen Apparat, so führt die einfache Überlegung, dass die Luftsäule von der Trachealbifurkation bis in die Alveolen — gemäß dem Schema von Küss — eine so beträchtliche Erweiterung erleidet, dass sie schließlich eine Basis von 200 qcm mit einer stets wechselnden Blutbespülung von annähernd einem Liter (Beaunis) hat, in Verbindung mit der Thatsache, dass mit Verlängerung des Weges für die heiße Luft ein Punkt ihrer völligen Abkühlung erreicht wird, nothwendig zu der Schlussfolgerung, die bei Gebrauch des Weigert'schen Apparates in den Lungenalveolen wechselnde Luft müsse eine erheblich geringere Temperatur haben, als man angenommen hat.

Zur direkten Prüfung dieser Temperatur ersann Verf. folgendes Verfahren: mittels der Nadel einer Pravaz'schen Spritze werden in das Lungengewebe kleine Apparate eingeführt, welche die im Parenchym herrschende Temperatur aufnehmen und nach der Herausnahme der Nadel abzulesen gestatten; diese kleinen Apparate bestehen aus einem Kapillarröhrchen, in welches ein Inhalt einge-

schlossen ist, der, bei gewöhnlicher Körpertemperatur starr, bei steigenden Wärmegraden schmilzt. Eine brauchbare Reihe solcher wärmeprüfender Substanzen fand Verf. in den folgenden:

1)	Phenol	schmilzt bei	40° C.
2)	Menthol	» »	42° C.
3)	Thymol	» »	44° C.
4)	Naphthylamin	» »	50° C.
5)	Diphenylamin	» »	54° C.
6)	Paraffin	» »	60° C.

Schwierigkeiten verursacht die hygroskopische Eigenschaft jener Substanzen, namentlich der leichtschmelzenden, beim Einfüllen in das Kapillarrohr; Verf. überwand sie durch Anwendung des Exsiccators (vgl. das Original). Immerhin blieb ein geringer Wassergehalt in den Kapillaren, wodurch sich der Schmelzpunkt ihres Inhaltes etwas niedriger stellte als er den absolut trockenen chemischen Präparaten zukommt; so ließen die Phenolröhrchen schon bei 39° C., die Mentholröhrchen bei 40° C. eine Verflüssigung ihres Inhaltes erkennen.

Über die praktische Brauchbarkeit seiner Wärmemesser verschaffte Verf. sich Entscheidung an der Zunge von Kaninchen, deren Körperwärme er mittels Einimpfung von Wuthgift in die Schädelhöhle zu fieberhafter Höhe steigerte und wiederum zur Collapstemperatur erniedrigte. Die Versuche ließen an der Exaktheit und Brauchbarkeit der Methode keinen Zweifel: bei gesunden Kaninchen, bei solchen im Incubationsstadium der Wuth, bei solchen im paralytischen Stadium der Krankheit, also bei allen, deren Rectumtemperatur unter 40° C. betrug, ließ der 5 Minuten lang im Zungenparenchym verweilende Apparat keine Veränderung des Menthol erkennen, während dieselben Mentholröhrchen regelmäßig Schmelzung ihres Inhaltes ergaben, sobald die Wuth ausgebrochen war und die Temperatur im Rectum 40° überschritt.

Einem Phthisiker, der bereits eine viertel Stunde lang an dem Weigert'schen Apparat die 200° C. heiße Luft eingeathmet hatte, wurden während des Weiterathmens 4 Kanülen in das Lungenparenchym rechterseits durch den 7. Intercostalraum in der hinteren Axillarlinie eingestoßen; 2 davon waren mit Mentholröhrchen, 2 mit Phenolkapillaren armirt. Während die Achselhöhlentemperatur 37,2 bis 37,3° C. betrug, zeigten die Phenolröhrchen nach $^1/_2$ resp. nach 2 Minuten deutliche Schmelzung ihres Inhaltes, während die Mentholröhrchen nach 2—5 Minuten langem Liegen ihren Inhalt durchaus unverändert bewahrten, obwohl das Thermometer des Weigert'schen Apparates inzwischen auf 220° C. gestiegen war.

Mit diesem Versuche ist der Beweis geliefert, dass die im Weigert'schen Apparate auf 200—220° erhitzte Luft im Lungenparenchym auf mindestens 40° C. abgekühlt ankommt, ein Temperaturgrad, der den Tuberkelbacillen im Gewebe nichts anhaben kann.

G. Sticker (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **Kahler.** Klinischer Vortrag über »Chlorose«.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 38.)

K. stellt eine 24jährige Pat. vor, die vom 16. Jahre ab, wo sie zum ersten Male menstruirt wurde, unter zunehmender Blässe, profusen Menstruationen und gewissen nervösen Symptomen erkrankte. Die Blutuntersuchung ergiebt eine nahezu normale Anzahl von Blutelementen, der Hämoglobingehalt der Blutkörperchen ist auf 0,25 der Norm gesunken, ein Befund, der für eine bestimmte Form der Anämie, die Chlorose charakteristisch ist. Es ist eine Eigenthümlichkeit der Chlorose, dass sie sich ohne jede äußere Veranlassung aus inneren Gründen entwickelt und die laienhafte Auffassung der Chlorose als Morbus amantium muss zurückgewiesen werden. Eben so weist K. die Annahme zurück, dass die Chlorose in jenen Fällen, wo gesteigerte Menstrualblutungen bestehen, als ein Folgezustand derselben aufzufassen wäre. Symptomatologisch hebt K. das Vorkommen einer Verbreiterung der Herzdämpfung hervor, die so zu erklären ist, dass die Herzwand in Folge der Muskelschwäche dem Blutdrucke nachgiebt. K. geht in eine Erörterung der nervösen Symptome ein und wendet sich besonders der Frage der chlorotischen Lähmungen zu. Motorische Schwäche mit gleichzeitiger Steigerung der Sehnenreflexe deutet auf den chlorotischen Charakter der Störung hin, der jedoch erst durch den Effekt der antichlorotischen Therapie erhärtet wird.

S. Grossmann (Wien).

9. **Kahler.** Über Leukämie.

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 31 u. 32.)

K. knüpft an die Vorstellung eines typischen Falles von Leukämie eine Erörterung des Wesens dieser 1845 von Virchow erkannten Krankheit. Eine absolut sichere Diagnose ergiebt sich aus der Untersuchung des Blutes; als normal gilt ein Verhältnis, von 1 : 600 der rothen und weißen Blutkörperchen. Ist dies Verhältnis zu Gunsten der weißen verändert, so bezeichnen wir den Zustand als Leukocythose (bei Fieber, Eiterungsprocessen, Infektionskrankheiten, auch unter normalen Verhältnissen bei lebhafter Verdauung). Die Leukocythose geht in den pathologischen Zustand der Leukämie vielleicht schon bei der Relation 1 : 100, sicher bei 1 : 50 über. Es sind schon Fälle beobachtet worden, wo sich das Verhältnis 1 : 1 gestaltete. Besonders hebt K. die schon von Virchow angegebene Thatsache hervor, dass bei der sog. lymphatischen Form der Leukämie die kleinen Zellen prävaliren, im Gegensatze zur lienalen, wo die großen Zellen prävaliren. Im Gegensatze zu anderen Autoren, die die Erkrankung des Knochenmarkes als das Primäre und die weiteren Symptome an Milz, Lymphdrüsen und Blut als das Sekundäre betrachten, steht K. auf dem Standpunkte, zu behaupten, dass die medulläre Form der Leukämie äußerst selten ist, hält jedoch selbst diese Frage für noch nicht abgeschlossen. In therapeutischer Beziehung empfiehlt K. roborirende Behandlung.

S. Grossmann (Wien).

10. **Bouygues.** De la Cirrhose du foie chez les tuberculeux alcooliques.

Thèse de la Faculté de Méd. de Paris 1889.

Nach einer kritischen Würdigung der bisherigen Publikationen über Zusammentreffen von Tuberkulose und Alkoholismus berichtet Verf. über 21 einschlägige Beobachtungen. Oft, wenn auch nicht immer, entwickelt sich in diesen Fällen eine Steigerung der gewöhnlichen Krankheitssymptome, die häufig von einer Leberaffektion herrührt. Bald handelt es sich dabei um fettige Degeneration der Leberzellen, bald um bindegewebige Wucherungen; zuweilen kommen dann noch Affektionen der Gallengänge hinzu. Am häufigsten finden sich Fettentwicklung und Cirrhose vereinigt. Die Krankheit nimmt dann gewöhnlich bei den tuberkulösen Alkoholikern einen rapiden Verlauf unter Erscheinungen von Leberinsufficienz, die sich denen des Ikterus gravis nähern.

M. Cohn (Berlin).

11. **A. F. Büchler** (New York). A fatal case of varicells gangraenosa.
(Amer. journ. of the med. sciences 1889. September.)

Ein 4jähriges Mädchen, dessen 3 Geschwister im Laufe der vorhergehenden 14 Tage an wohlcharakterisirten Varicellen mittlerer Intensität erkrankt waren, wurde am 18. November 1888 ebenfalls krank, fieberte hoch (40 °) und bekam am nächsten Tage typische Bläschen auf Rumpf und Extremitäten. Die meisten Bläschen machten ihren normalen Verlauf durch und trockneten ein; mehrere aber, etwa 20 an Zahl, auf Brust, Rücken und Gesäß füllten sich mit grünlich-gelbem Eiter und hatten einen sehr breiten entzündeten Hof; bald (am 4. Tage) wurden sie deutlich gangränös, verwandelten sich in tiefe, ziemlich große Geschwüre, welche sehr fötides Sekret lieferten und ungemein schmerzhaft waren. Die Geschwüre waren scharfrandig, wie mit einem Locheisen ausgeschlagen und drangen durch Haut und subkutanes Gewebe bis auf die darunter liegende Fascie. Ein besonders großes Geschwür saß auf dem linken Processus mastoideus und zog noch die Ohrmuschel in seinen Bereich. Unter fortdauernd hohem Fieber (um 40°) und schweren Allgemeinerscheinungen sanken die Kräfte der kleinen Kranken mehr und mehr, an den beiden letzten Lebenstagen kamen übelriechende Durchfälle dazu und am 27. November erfolgte der Tod im Koma. Eine Sektion scheint nicht gemacht zu sein.

Verf. weist auf analoge Beobachtungen in der Litteratur hin und ist der (gewiss richtigen) Ansicht, dass irgend ein infektiöses Accidens den allgemein septischen Verlauf der Erkrankung bedingt habe. Von verschiedenen Autoren ist darauf hingewiesen worden, dass allgemeine konstitutionelle Anomalien (Tuberkulose) zu einem ähnlichen Verlauf disponiren. Was den vorliegenden Fall betrifft, so war weder an dem Kinde, noch an den Eltern oder Geschwistern Tuberkulose oder Skrofulose beobachtet, auch keine Syphilis. Dagegen hatte die ganze Familie, nachdem sie sich etwa ein Jahr lang in einem Malariadistrikt aufgehalten, an Malaria und ihren Folgen zu leiden, ganz besonders auch die kleine Pat. selbst, welche dadurch zuvor schon elend war. Außerdem waren die Wohnungsverhältnisse in hohem Maße ungünstig: die Leute wohnten in engen, dumpfen und lichtlosen Räumen, in welchen permanent Gas brannte, dicht neben einem Fleischerladen. **Küssner** (Halle).

12. **Belde.** Über Pharynxerkrankungen beim Abdominaltyphus.
Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Eine so rege und eingehende Berücksichtigung die Typhusfrage in der Litteratur gefunden, so spärlich sind die Berichte über das Erscheinen von Affektionen der Rachenschleimhaut im Verlaufe des Typhus abdominalis vertreten. Hier fallen vor Allem weitgehende Abweichungen der Angaben über die Häufigkeit und die Zeit des Eintritts dieser Komplikation auf. Verf. hat desswegen bei der im Februar und März 1889 im Osten von Berlin herrschenden Typhusepidemie, die eine bedeutende Anzahl von Kranken ins städtische Krankenhaus Friedrichshain führte, auf Veranlassung von Fürbringer die Erkrankungen des Rachens zum Gegenstande methodischer Untersuchungen gemacht.

Unter 140 Fällen fand Verf. 68mal Pharynxerkrankungen. Hiervon fallen auf das weibliche Geschlecht 37, auf das männliche 31 Erkrankungen. Bis zum Alter von 10 Jahren waren nur 6 Kranke vertreten. Nicht besonders erwähnenswerth sind die Fälle von einfachen leichten Katarrhen. Dagegen verdienen jene Fälle eine besondere Würdigung, welche durch Ulcerationen oder diphtheritische Belege auf der Schleimhaut zu recht bedrohlichen Erscheinungen geführt haben.

Mit der Gravität des Falles hängt das Vorkommen von Komplikationen des Pharynx keineswegs immer zusammen, denn Verf. fand sowohl schwere Typhen ohne Affektion des Rachens, als auch leichtere mit einer solchen. Die diphtheritischen, krupösen und ulcerösen Rachenentzündungen aber kommen nur bei starker Infektion des Kranken mit dem Typhusgifte vor.

Während von vielen Autoren die Zeit des Eintretens der Pharynxerkrankung in das Anfangsstadium des Typhus, von anderen in die Zeit zwischen dem Ende

der 2. und Anfang der 3. Woche verlegt wird, können nach B.'s Beobachtungen die Affektionen der Rachenorgane in allen Stadien des Typhus auftreten. Die subjektiven Klagen der Pat. waren oft selbst bei schweren Affektionen sehr geringfügige.

Verf. unterscheidet folgende Formen der Erkrankung:

1) Hyperämien,
2) Hämorrhagien,
3) Anginen,
   a) einfache katarrhalische Angina,
   b) Tonsillitis follicularis,
   c) krupöse und diphtheritische Angina,
4) Geschwüre,
5) Lähmungen.

Jede einzelne dieser Formen unterzieht Verf. sodann unter Aufführung von Krankengeschichten einer eingehenden Besprechung. **M. Cohn** (Berlin).

13. **Buisson.** Deux observations de goutte anomale (orchite et angine).

(Revue de méd. 1889. No. 10. Oktober 10.)

I. Orchitis und Peritonitis gichtischen Ursprungs. Tod.

Schwächlicher Mann von 68 Jahren, bei dem irgend welche hereditäre Belastung nicht festzustellen ist, dessen 3 Söhne aber an Obesitas bezw. Diabetes und Rheumatismus leiden, hat seit 40 Jahren an Verdauungsstörungen, Hämorrhoiden etc. gelitten. Seit 3 Jahren Katarakt, seit 12 Jahren Schreibekrampf. Hypertrophie der Prostata, Verengerung der Urethra, die beständig Anwendung des Katheters nöthig machen. Alle Organe des Pat. gesund. Er hat nie an Rheumatismus oder Gicht gelitten.

Am 13. Januar wurde eine Orchitis mit beträchtlicher Vergrößerung des Hodens festgestellt, die Verf. zunächst auf ein Trauma zurückführen wollte. Nach 3 Tagen ist die Orchitis verschwunden; der Hoden hart, nur wenig größer als der rechte, nicht schmerzhaft. In der darauf folgenden Nacht treten heftige Schmerzen im Metacarpo-phalangeal-Gelenke der rechten großen Zehe auf. Dabei zahlreiche Stühle, die, wie fast immer beim Pat., flüssig sind. Nach wieder 2 Tagen ist der Zustand so weit gebessert, dass Pat. sich geheilt glaubt und vom nächsten Tage ab seiner Beschäftigung wieder nachgehen will. Plötzlich stellen sich in der Nacht heftige Leibschmerzen ein, kein Stuhlgang; andauerndes Schreien und Unruhe. Der Kranke vergleicht den Schmerz dem Durchstoßen eines glühenden Eisens durch den Leib. B., der den Pat. Morgens sieht, findet den Puls sehr niedrig, 140. Der Leib eingezogen, bei der geringsten Berührung äußerst schmerzhaft. Schmerzen in der rechten Schulter, dem Arm und den beiden letzten Fingern der rechten Hand. Angstgefühl. Ordination: Natr. salicyl., Kataplasmen, Sinapismen. Gegen Abend geringe Besserung; Puls etwas kräftiger, 110. Schmerzen geringer. Bei Einbruch der Nacht wird Pat. zunächst ruhiger; plötzlich Nachts 1 Uhr heftige Unruhe, der Kranke wirft sich hin und her, unerträgliche Schmerzen, der Leib wird aufgetrieben, der Puls immer schwächer, Morgens 6 Uhr tritt der Exitus ein.

II. Angina alternirend mit reichlichen normalen Gichtanfällen.

Ein 35jähriger Mann, in dessen Familie vielfach Rheumatismus vorgekommen ist, der aber selbst stets gesund war und ein sehr thätiges Leben führt, erkrankt nach einer Jagd an einer akuten Pharyngitis. Unter den Ordinationen B's. befand sich ein heißes Senf-Fußbad, das Pat. Abends nahm. In der darauffolgenden Nacht erster typischer Gichtanfall, den Pat. auf das Fußbad, Verf. auf die starken Excesse in baccho bei dem stattgehabten Jagdschmause schob. Nach leichtem Verlaufe des Anfalles unterwirft B. den Pat. einer strengen Diät und erst nach 4 Jahren trat ein wiederum normal verlaufender neuer Gichtanfall auf. Am 4. Februar d. J., nachdem Pat. wiederum mehreren Jagden beigewohnt, erkrankt er unter heftigem Fieber an starker Pharyngitis und Amygdalitis mit weißlichem Belag. Am 6. Februar ist diese Affektion verschwunden, in der Nacht aber ein Gichtanfall im

Metacarpo-phalangeal-Gelenk der rechten großen Zehe ausgebrochen. Am nächsten Tage linkerseits ebenfalls Schmerzen. Am 8. Februar sind die Gelenkschmerzen völlig verschwunden, dagegen starke Pharyngitis mit Angstgefühl und Schwäche. Diese dauert 5 Tage an. Pat. ist dann völlig geheilt, nachdem er am letzten Tage noch leichte Schmerzen im rechten Knie- und Fußgelenke verspürt hatte.

M. Cohn (Berlin).

14. **Mastbaum.** Veränderung der Resorption von salicylsaurem Natron durch verschiedene Lösungsmittel.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Nach einer Würdigung der zahlreichen in letzter Zeit über die Resorption vom Magen aus und die Veränderung derselben durch verschiedene Lösungsmittel erschienenen Arbeiten schildert Verf. die Versuche, die er mit dem salicylsauren Natron angestellt hat. Zweck derselben war, festzustellen, nach welcher Zeit schnell resorbirbare Medikamente im Harn oder Speichel nachzuweisen seien resp. ob sich durch die Veränderung des Lösungsmittels — also durch einhüllende Mittel eine Verlangsamung, durch alkoholische Lösung eine Beschleunigung der Resorption gegenüber einer wässrigen Lösung erzielen lasse. M. dehnte dann seine Untersuchungen noch auf Salz- und Zuckerwasserlösungen, ferner auf Lösungen mit verschiedenen Koncentrationsgraden des Alkohols aus.

Seine Resultate waren die folgenden:

1) Durch alkoholische Lösungsmittel lässt sich die Resorption eines Arzneimittels nicht beschleunigen, durch Zusatz einhüllender Mittel nicht verlangsamen.

2) Alkohol in stärkerer Koncentration stört die Verdauung, verzögert oder verhindert sogar die Resorption.

3) Die Zeit der Resorptionsdauer ist individuellen Schwankungen unterworfen.

4) Die Zeitdauer der Resorption bei Anstellen der Versuche nach der Mahlzeit ist verlängert gegenüber nüchternem Magen. **M. Cohn** (Berlin).

15. **van Ackerern.** Ein Fall von Creolinvergiftung beim Menschen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 32.)

Ein 30jähriger Mann, welcher ca. 250 ccm unverdünntes Creolin zu sich genommen hatte, wurde alsbald bewusstlos; bei der sofort vorgenommenen Magenausspülung wurde eine grünlich gefärbte Flüssigkeit von charakteristischem Geruch entfernt. Das Bewusstsein kehrte am nächsten Tage wieder. 2 Tage später traten Krämpfe in den oberen Extremitäten auf, welche bis zum 9. Tage mit mehr oder weniger Intensität hier und da auftraten. Des Weiteren wurde eine Anästhesie und Parästhesie im Bereich des N. radialis konstatirt. Die Einwirkung auf den Verdauungskanal war sehr geringfügig, namentlich nur minimale Ätzerscheinungen im Munde. Leber und Milz zeigten sich vergrößert. Die Ausscheidung des Giftes begann schon bald nach der Aufnahme und hielt bis zum 9. Tage an. Es bestand brennender Schmerz in der Harnröhre, so wie eine akute Nephritis, welche mit dem Schwinden nachweisbarer Creolinbestandtheile aus dem Harn zurückging. Die Farbe des Urins war grün-schwarz, wie die des Karbolharnes.

Peiper (Greifswald).

16. **J. Samter.** Bromkalium, ein Antidotum des Jodoforms bezw. des Jods.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

Bei einem Pat. war in Folge 2stündiger Chloroformnarkose behufs Resektion eines Mastdarmkrebses Ikterus aufgetreten, am 4. Tage hochgradiger Jodismus, welcher am 5. Tage nach Darreichung von 4 g Bromkalium (immer auf 8 Stunden vertheilt) zu remittiren begann. Der Jodismus war in Folge des aus dem Verbandmaterial resorbirten Jodoforms entstanden. Als später am 8. Tage die ikterische Färbung verschwunden war, wurde das Jodoform wieder gut tolerirt. S. vermuthet desshalb, dass die ikterische Blutmischung das Auftreten des Jodismus entschieden begünstigt.

Weiter betont S. eine interessante Eigenschaft des Bromkaliums in seinem

Verhalten zu freiem Jod, indem es nämlich in seiner Fähigkeit, Jod zu lösen und wohl auch zu binden, die sonst genannten Antidota Kali bicarbonicum, Chlornatrium, Kali aceticum bei Weitem übertrifft.

Außerdem ist die sedative Wirkung des Bromkaliums auf das Nervensystem bei Jodoformintoxikation noch von therapeutischer Bedeutung.

S. giebt das Bromkalium bei Kranken mit normaler Blutmischung, wenn Jodoform applicirt werden soll, bereits prophylaktisch; sobald ein Pat. aber ikterische Symptome zeigt, empfiehlt S., das Jodoform ganz wegzulassen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

17. **Burghardt.** Zur Therapie der Diphtheritis.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 39 u. 40.)

B. hat in einer Reihe von Jahren bei 33 Fällen von Diphtheritis Insufflationen von Chinin und Flores Sulfuris zu gleichen Theilen in Anwendung gezogen und will dadurch sämmtliche Fälle zur Heilung gebracht haben. Den Eindruck, dass dieses Mittel vor der großen Zahl bisher angepriesener den Vorzug verdient und dass die Methode der Insufflation bei den kleinen Pat. angebracht sei, konnten wir aus der Arbeit nicht gewinnen. **M. Cohn** (Berlin).

18. **Schmidt.** Über die Schlitzung der Mandeln.

(Vortrag, gehalten in der Sektion für Laryngologie und Rhinologie der 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg, September 1889.)

(Therapeutische Monatshefte 1889. Oktober.)

Die durch v. Hoffmann zuerst in die Praxis eingeführte Eröffnung der Mandellakunen ist von S. therapeutisch erprobt worden und wird von ihm auf das allerwärmste empfohlen. Das Verfahren besteht darin, dass man mit einem Schielhäkchen in die Lakune der Mandel eingeht und die mediale Wand der Lakune mittels des Häkchens einreißt, indem man zuerst das stumpfe Ende unten durchdrückt und dann mit einem raschen Ruck die so gebildete Brücke durchreißt, so dass die Lakune sich in eine offene Rinne verwandelt. Das oft sehr reichliche, theilweise verkalkte Sekret ist die häufige Ursache chronischer Reizzustände sowohl der Mandeln selbst, wie auch reflektorischer Erkrankungen anderer Organe, wie des Rachens, des Kehlkopfs, selbst der Conjunctiva (der Asthenopie bei Kindern), des Trigeminus (Neuralgien) etc. Eine gründliche Entfernung dieser Sekretmassen, übrigens nicht nur aus den Tonsillen allein, sondern aus den Lakunen aller lymphatischen Gebilde des Rachens und der Mundhöhle, welches mit dieser Methode leicht, fast schmerzlos und unter nur sehr geringen nachträglichen Reizzuständen gelingt, führt oft dauernde Heilung der lästigen nervösen und chronisch entzündlichen Zustände herbei. **Rosin** (Breslau).

19. **B. H. Stephan.** Sur un cas de mutisme hystérique.

(Revue de méd. 1889. No. 9.)

Ein 40jähriger Bauer wurde in Folge einer heftigen Gemütsbewegung 4 Tage später plötzlich stumm. Am gleichen Tage fiel er ins Wasser und stürzte, nach Hause gekommen, ohnmächtig zusammen. Fast 2 Tage lang war das Bewusstsein nahezu gänzlich geschwunden. Gleichzeitig mit der Stummheit machte sich ein eigenthümlicher Husten ohne Auswurf, ferner ein Gefühl innerer Unruhe, welche Symptome bei jeder Erregung stärker wurden, und eine Art von Hellsichtigkeit bei ihm bemerkbar. Im Übrigen war Pat. gesund, zeigte keine weiteren nervösen Symptome und war hereditär nicht belastet. Weder auf elektrischem, noch auf hypnotischem Wege konnte irgend eine Besserung erzielt werden.

S. citirt im Anschluss hieran noch 5 Fälle aus der holländischen Litteratur und zieht aus der Erfahrung, dass der hysterische Mutismus in Folge psychischer Einwirkung hervorzurufen und zu beseitigen ist (Suggestion, Isolirung), den Schluss, dass die Krankheit als eine totale motorische Aphasie funktioneller Natur aufzufassen und der Ausgangspunkt derselben in die graue Hirnrinde zu verlegen, ist. Letztere Ansicht widerspricht bekanntlich der von Mendel vertretenen Anschauung. **A. Neisser** (Berlin).

20. **Gallinek.** Beiträge zur Pathologie der Chorea.
Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

21. **Ruhemann.** Über Chorea gravidarum.
Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

In der ersten Arbeit sind 92 Fälle von Chorea, die in der Poliklinik von Bernhardt zur Beobachtung kamen, zu einer allgemeinen Besprechung dieser Erkrankung verarbeitet. Den größten Theil der Arbeit nimmt der ätiologische Theil ein, in welchem Verf. die allgemein herrschenden Anschauungen über Disposition und Vererbung, über den Einfluss von Alter und Geschlecht, Klima und Jahreszeit, über die Gelegenheitsursachen und die Übertragung der Chorea durch Nachahmung, so wie den Zusammenhang der Chorea mit akuten Erkrankungen, namentlich Gelenkrheumatismus, im Wesentlichen bestätigt. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig zu stellen; therapeutisch ist auf allgemeine Behandlung — Luft, Ernährung, Bäder — Hauptwerth zu legen. Mit der Anwendung des konstanten Stromes werden oft gute Resultate erzielt; eben so mit der Darreichung von Sol. Fowleri, Antipyrin und Kalium bromatum. —

R. berichtet in seiner Arbeit über 5 in manchen Einzelheiten ganz interessante Fälle von Chorea gravidarum. Auch hier ist die Prognose für die Mütter stets günstig zu stellen; die Mortalität der Kinder dürfte durch Vermeidung Abort herbeiführender Mittel und durch Befolgung strikter Indikation für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt herabzusetzen sein. Schließlich hält es Verf. für empfehlenswerth, von der Existenzmöglichkeit eines Choreamikroorganismus (?) ausgehend, die Reihe der antiparasitären Mittel zur Bekämpfung der Zuckungen öfters zu versuchen. **M. Cohn** (Berlin).

22. **B. Sachs** (New York). Polioencephalitis superior (nuclear ophthalmoplegie) and Poliomyelitis.
(Amer. journ. of the med. sciences 1889. September.)

Ein 47jähriger Mann hatte von dem 16. Lebensjahre an 3mal Anfälle von Bewusstlosigkeit und Empfindungslosigkeit. Mit 25 Jahren zeigte sich Schmerz in dem linken Auge, später Ptosis dextr. Nach einigen Monaten trat auf dem linken Auge Besserung ein. Es waren Doppeltsehen und heftiger Kopfschmerz vorhanden. Sodann entwickelte sich an dem linken Auge heftige Entzündung. Später traten Paralyse des rechten Beines, Incontinentia urinae et alvi auf, Symptome, die langsam zur Besserung kamen. Vor $1^1/_2$ Jahren zeigte sich plötzlich Amaurose; das rechte Auge wurde iridektomirt, ohne Erfolg für die Sehkraft. Dagegen war die operative Behandlung der Ptosis des linken Auges für den Sehakt von guter Wirkung.

Der Status praes. ergab beiderseits Ptosis, rechts stärker als links. Das rechte Auge zeigte leichten Nystagmus lateralis, maculae corneae, alte Iritis. Rechts Parese des Rect. intern., Rect. extern. Obliq. inferior; Paralyse des Levator palpebr., Rect. sup. und Rect. infer. Links Parese des Rect. extern., Rect. intern. und Obliq. sup. Paralyse des Levat. palpebr., Rect. sup., Rect. infer. und Obliq. infer. Ferner war links leichte Herabsetzung des Gehörs zu konstatiren; fibrilläre Zuckungen der Zunge. Linker Arm ist stärker an Umfang als der rechte. Beträchtliche Atrophie des rechten Beines mit Fehlen der Muskelerregbarkeit. Hautreflexe sind träge, Kniephänomene geschwunden. Sensibilität ungestört.

Der vorliegende Fall, bei dem im Verlauf einer Polioencephalitis superior eine subakute Poliomyelitis einsetzte, beweist wieder die nahen (anatomischen und klinischen) Beziehungen zwischen der grauen Masse des 3. und 4. Ventrikels und den Vorderhörnern des Rückenmarkes. **J. Ruhemann** (Berlin).

23. **v. Schrenk Notzing** (München). Ein Fall von konträrer Sexualempfindung, gebessert durch hypnotische Suggestion.
(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 40.)

v. S. theilt einen Fall von wahrscheinlich angeborener sexueller Perversion mit, der durch 45 hypnotische Sitzungen so weit gebessert wurde, dass der 28 Jahre

alte Pat., der vorher niemals mit einem Weibe geschlechtlich verkehrt hatte, nicht nur den Coitus auszuüben vermochte, sondern sehr bald auch, allerdings nur in Folge der in regelmäßigen Intervallen vorgenommenen hypnotischen Sitzungen, Reue und Widerwillen über den früher von ihm mit bezahlten Personen männlichen Geschlechts geübten Geschlechtsverkehr empfunden hat und von nun ab nur mehr mit Weibern geschlechtlich verkehren konnte. Der besagte Pat. unternahm es sehr bald, sich mit einer Jugendfreundin zu verloben und wollte in deren Nähe ein Glücksgefühl empfinden, »welches ihn für andere Eindrücke unempfänglich machte«. 5 Monate nach beendeter Kur ist noch immer kein Rückfall eingetreten.

F. Kauders (Wien).

Der neunte Kongress für innere Medicin

findet vom 15. bis 18. April 1890 zu Wien statt, nachdem der Antrag des Herrn Nothnagel (Wien), den neunten Kongress ausnahmsweise in Wien abzuhalten, von dem Geschäftskomité, dem Ausschusse und den Mitgliedern des Kongresses in namentlicher, schriftlicher Abstimmung mit überwiegender Majorität angenommen worden ist. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Nothnagel (Wien). — Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Dienstag, den 15. April: Die Behandlung der Empyeme. Referenten: Herr Immermann (Basel) und Herr Schede (Hamburg). — Mittwoch, den 16. April, Nachmittags: Diskussion über die Influenza, eingeleitet durch Herrn Bäumler (Freiburg). — Donnerstag, den 17. April: Die Behandlung der chronischen Nephritis. Referenten: Herr v. Ziemssen (München) und Herr Senator (Berlin). — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr P. G. Unna (Hamburg): Zur Hautphysiologie. — Herr Mosler (Greifswald): Über Pemphigus. — Herr Edgar Gans (Karlsbad): Über das Verhalten der Magenfunktion bei Diabetes mellitus. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Klinik der Knochenentzündung typhösen Ursprungs. — Herr Stadelmann (Dorpat): Über die Wirkung der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. — Herr v. Liebig (Reichenhall): Über die Bergkrankheit. — Herr v. Frey (Leipzig): Die Beziehungen zwischen Pulsform und Klappenschluss. — Herr Schott (Nauheim): Zur akuten Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung. — Herr Mosler (Greifswald): Therapeutische Mittheilungen mit Demonstrationen. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Über kieselsauren Harngries. — Herr v. Ziemssen (München): Zur Pathologie und Diagnose der sogenannten Kugelthromben im Herzen, mit Demonstrationen. — Herr Stricker (Wien): Demonstrationen mit dem elektrischen Mikroskope. — Herr Leubuscher (Jena): Über die Beeinflussung der Darmresorption durch Arzneimittel. — Herr Sternberg (Wien): Über Sehnenreflexe. — Herr H. Curschmann (Leipzig): Zur Pathologie der Wanderniere. — Herr E. Romberg (Leipzig): Beiträge zur Herzinnervation; Herr W. His (Leipzig): Demonstration zugehöriger Präparate und Modelle. — Herr L. Krehl (Leipzig): Über Veränderungen der Herzmuskulatur bei Klappenfehlern. — Herr G. Cornet (Berlin): Über Tuberkulose. — Herr Hürthle (Breslau): Über den Semilunarklappenschluss.

In einem Nebenraume des Kongress-Sitzungssaales (Festsaale der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien I, Universitätsplatz No. 2) findet eine Ausstellung von neuen chemischen und diätetischen Präparaten, Arzneimitteln, Instrumenten und Apparaten für innere Medicin statt.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 10. **Sonnabend, den 8. März.** **1890.**

Inhalt: 1. Sitzungsbericht des Vereins für innere Medicin. 2. **Nothnagel**, 3. **Kormann**, Influenza. — 4. **Proust**, 5. **Fiessinger**, 6. **Maleas**, 7. **de Brun**, 8. **Ornstein**, Denguefieber und Influenza. — 9. **Stembo**, Oedema fugax bei Komplikation akuter Krankheiten mit Pneumonie. — 10. **M. Wolff**, Vaccination neugeborener Kinder. — 11. **Robin**, Verhalten des Harns bei Variola. — 12. **Benedikt**, Kniephänomen. — 13. **Kanthack**, Histologie der Stimmbänder.

14. **B. Fraenkel**, 15. **Kanthack**, 16. **B. Fraenkel**, Histologie der Stimmbänder. — 17. **Dreyfuss**, 18. **Schwabach**, Otitis bei Influenza. — 19. **Fiessinger**, Einfluss der Dentition auf Masernverlauf. — 20. **Vonwiller**, Angina bei Typhus. — 21. **Sokolowski**, Traumatische Pneumonie. — 22. **Fabre**, Akuter Pemphigus. — 23. **Lünnig** und **Hanau**, Aktinomykose. — 24. **Foltanek**, Akute Leberatrophie. — 25. **Manz**, Embolische Gangrän. — 26. **Haushalter**, Pulmonalarterienaneurysmen bei Lungentuberkulose. — 27. **Lazarus-Barlow**, Kapillarpuls. — 28. **Hirschberg**, Blutgefäßveränderungen bei Retinitis albuminurica. — 29. **Wolfner**, Multiple Venenthrombose bei Fettleibigkeit. — 30. **M. Fischer**, Hämophilie. — 31. **Stark**, Deformirende Gelenkentzündung. — 32. **Lorenz**, Primäres Nierensarkom. — 33. **Redtenbacher**, Angiosarkom des Perikard. — 34. **Gast**, Ophthalmoplegia externa. — 35. **Roller**, Partielle Epilepsie. — 36. **O. Rosenthal**, Sklerodermie und halbseitige Gesichtsatrophie. — 37. **Kaiser**, Multiple Sklerose. — 38. **Pal**, Muskelhypertrophie. — 39. **Franke**, Hornhautentzündung nach Trigeminuslähmung. — 40. **Hirschberg**, Hornhautentzündung bei angeborener Lues. — 41. **Ziem**, Intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden. — 42. **Nicaise**, Gastrostomie. — 43. **Engel**, Kreosot bei Lungenschwindsucht.

1. Mittheilungen über die in Berlin herrschende Influenzaepidemie.

(Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin am 16. December 1889.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 2. p. 27 ff.)

Renvers giebt zuerst einen kurzen Rückblick auf die Geschichte der Influenza-Epidemien, nach welcher die Influenza von allen Infektionskrankheiten am häufigsten wiederkehrt und räumlich die größte Ausdehnung nimmt; in diesem Jahrhundert tritt die Seuche zum 7. Male pandemisch auf, unabhängig von klimatischen Verhältnissen und unabhängig von den großen Verkehrswegen. Die gegen-

wärtige Epidemie, welche Jung und Alt, alle Stände gleichmäßig, namentlich junge, kräftige Menschen, welche viel in frischer Luft sich aufhalten, befällt, tritt gutartig auf und hatte auch bis zu dem Sitzungstage des Vereins wichtige Komplikationen nicht veranlasst. Wesentlich 3 Formen mit einem ausgeprägten Krankheitsgefühl hat Renvers beobachtet: 1) die nervöse Form, welche meist plötzlich auftritt, rasch 40° C. zeigt, mit lebhaften Schmerzen in den Muskeln und den Gelenken; das Fieber dauert etwa 2—3 Stunden auf der Höhe, dann sinkt die Temperatur unter starker Schweißabsonderung; Husten und Schnupfen tritt gewöhnlich nicht ein. 2) Die katarrhalische Form: nach 1—2tägiger Incubation steigt langsam das Fieber auf 39°, in 2—3 Tagen fällt es staffelförmig ab; Husten und Schnupfen entwickelt sich; Schmerz in der Sternalgegend beim Husten, das Sputum ist spärlich, schleimig und verursacht oft krampfartige Hustenanfälle. Die Rekonvalescenz dauert 4—5 Tage, die ganze Erkrankung etwa 10 Tage. 3) Die gastrische Form, bei der neben den katarrhalischen Zuständen der Respirationswege die Verdauungsorgane betheiligt sind: unter rascher Temperatursteigerung tritt Neigung zu Erbrechen und Diarrhoe auf, Druckgefühl im Epigastrium, keine Milzschwellung. Der Zustand dauert 1—2 Tage, dann folgt langsamer Temperaturabfall und langsame Rekonvalescenz. In allen Fällen ist die Pulsfrequenz im Verhältnis zum Fieber niedrig. Die Krankheitsbilder gehen oft in einander über. Wenn Herzkranke oder Lungenschwindsüchtige befallen werden, so ist die Influenza bedrohlich. Von Komplikationen kamen zur Beobachtung katarrhalische Pneumonie, Mittelohrkatarrh; von Hautkrankheiten Urticaria; ein specifisches Mittel gegen die Influenza fehlt; Diät, Bettruhe, Diaphorese und Antipyrin (0,5—1,0 mehrmals) lindern die Leiden.

In der Diskussion führt Fürbringer mit Rücksicht auf die Influenzabewegung im Krankenhause Friedrichshain, wo naturgemäß nur die allerschwersten Influenzaformen aufgenommen wurden, aus, dass sein Material ein auffallendes Missverhältnis im Geschlecht der Erkrankten gegeben habe, auf 6 Männer kommt 1 Frau; das größte Kontingent (66%) lieferte das 15.—25. Lebensjahr; den kontagiösen Charakter der Influenza lehnt F. im Wesentlichen ab; die Kontagion neben der miasmatischen Verbreitung völlig zu leugnen, geht freilich eben so wenig wie beim Typhus an, aber der Annahme eines Miasmas können wir schlechterdings nicht entrathen. Übergangs- und Mischformen der von Renvers angenommenen Krankheitsbilder sind die Mehrzahl. Die von anderer Seite als bisweilen blutig tingirt bis diffus hämorrhagisch beschriebenen Sputa hält F. für den Ausdruck einer abortiven Bronchopneumonie. Eine therapeutische Forderung stellt die Influenza gewöhnlich nicht; in allen Fällen F.'s kamen Arzneimittel im Krankenhause nicht zur Anwendung und war als Regel das Fieber spätestens am 4. Tage verschwunden und die Konvalescenz eine relativ schnelle und glatte.

Löwenstein weist die Annahme eines Kontagiums nicht ganz von der Hand, Frauen und Männer werden gleichmäßig befallen. Als ein pathognomonisches Symptom führt er die Beschaffenheit des Pharynx an, wo, abgesehen von einfachen katarrhalischen Erscheinungen, das Zäpfchen infiltrirt, spindelförmig aufgetrieben und schiefstehend zu finden ist; in der Mehrzahl zeigte die Schiefstellung der Uvula nach rechts.

P. Guttmann weist darauf hin, dass die Influenza auf dem Boden bereits bestehender Katarrhe oder leichter Bronchitis sich entwickeln kann, was auch bei

Phthisikern der Fall ist, bei denen das Krankheitsbild das nämliche bleibt; auch nach seiner Meinung fordern die leichten Fälle keine Behandlung, die schweren fordern aber antipyretische Behandlung.

Hirsch kommt durch seine Erfahrungen als Arzt eines Klosters dazu, die Influenza für eine wesentlich kontagiöse Erkrankung zu halten, einer Ansicht, welcher A. Kalischer beipflichten muss.

Becher hat von dem pathognomonischen Symptom des Schiefstandes der Uvula bei verschiedenen Untersuchungen nichts finden können.

Leyden, welcher 1875 eine Grippe-Epidemie in Straßburg beobachtet hat, neigt sich der Ansicht eines Miasma zu; auch nach seiner Ansicht kommt man ohne direkte Therapie mit Bettruhe und hygienisch-diätetischem Verfahren aus; der Zustand wird wesentlich erleichtert durch Antipyrin, welches er für das beste Mittel hält; Chinin belästigt den Magen und steigert die lästigen gastrischen Symptome.

In einem Nachtrage führt Strahler aus, dass bei der Ermittelung der Entstehungsursachen der Influenza-Epidemie die meteorologischen Erscheinungen berücksichtigt werden müssten und zu diesem Zwecke sei die Aufstellung der Beziehung der Witterungserscheinungen zu dieser Epidemie unerlässlich.

Fürbringer fügte hinzu, dass Erkrankungen mit tödlichem Ausgange selbst bei jungen kräftigen Personen in der letzten Decemberwoche den Charakter der Epidemie geändert habe: bei den Sektionen fand er doppelseitige Bronchopneumonie mit diffuser Bronchiolitis und eine eigenthümliche »metapneumonische« Pleuritis mit sehr fibrinreichem, sero-purulentem, dünnem lehmwasserähnlichen Exsudat; in einzelnen Fällen zeigte sich multipler eitriger Zerfall pneumonischer Herde ohne Spuren sonstiger Sepsis; diese Formen als mit dem Wesen der Influenza verbundenen Symptome aufzufassen, liegt nahe; die wirklichen echten krupösen Pneumonien gehören nicht hierher.

Endlich beschreibt Joachim ein sicher nachgewiesenes Influenzarecidiv und eine Gaumensegellähmung als Theilerscheinung. **Prior** (Köln).

---

2. **Nothnagel.** Über Influenza.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 3. Januar 1890.)

(Wiener med. Blätter 1890. No. 2. p. 19 ff.)

Wenn auch der zwingende Beweis noch nicht erbracht ist und der Nachweis der Influenzabakterien noch aussteht, so spricht doch die Gesammtheit des klinischen Bildes und Verlaufes, das epidemiologische Verhalten mit unwiderlegbarer Bestimmtheit dafür, dass die Influenza zu den Infektionskrankheiten gezählt werden muss; ohne Bedenken müssen wir wohl annehmen, dass die in den Körper aufgenommenen Influenzabakterien durch ihre Lebensvorgänge ein specifisches, der Influenza eigenartiges Krankheitsgift, welches als Toxin bezeichnet werden muss, erzeugen und dass dieses durch die Lebensvorgänge der Influenzabakterien im menschlichen Körper producirte Gift den Körper krank macht. Die Aufnahme der specifischen Bakterien geschieht wohl durch die Lungen. Das klinische Bild der Influenza ist zuweilen so wechselnd, dass man glauben könnte, in zwei Fällen zwei ganz verschiedene Krankheiten vor sich zu haben, ein Verhalten, was übrigens allen Infektionskrankheiten zukommt. Diese Verschiedenheit erklärt sich aus der wechselnden Widerstandsfähigkeit der einzelnen Organe gegen das Krankheitsgift bei verschiedenen Individuen. In allen Fällen besteht Fieber, dessen Höhe und Charakter wechselt; nur höchst selten ist der Verlauf fieberlos.

Neben den allgemeinen Fiebersymptomen finden sich krankhafte Erscheinungen seitens einzelner Organe; am häufigsten sind die Schleimhäute der Athmungsorgane, von der Nase bis zu den Bronchialverzweigungen herab, betroffen. In einer zweiten Reihe ist durch das Influenzagift das Nervensystem stark ergriffen, welche Erscheinung sich in ausgeprägter Schlaflosigkeit, Neuralgien in den verschiedensten Nervenbahnen, in den Muskeln des Rückens, den Extremitäten äußert; dass nach Ablauf der Influenza neuralgische Erscheinungen, zumal im Bereiche des Trigeminus zurückbleiben können, spricht ebenfalls für die Influenza als Infektionskrankheit. In einer dritten Reihe ist hauptsächlich der Verdauungsapparat betroffen mit Erbrechen, Durchfall und andauernder Appetitlosigkeit. In anderen Fällen bestehen asthmatische Zustände, welche von der Einwirkung des Giftes auf den Phrenicus, Vagus, oder auch auf die Nervenzweige der Lunge selbst herrühren. Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen kaum 24stündigem Bestehen und einer selbst 2- und 3wöchentlichen Dauer; die Rekonvalescenz ist oft eine sehr verzögerte. Die Influenza ist eine oft recht quälende, aber im Ganzen ungefährliche Erkrankung; selbst die bedrohlichen Erscheinungen von Seiten der Lunge, wie Bronchitis capillaris und katarrhalische Pneumonie, werden von gesunden kräftigen Personen leicht überwunden. Älteren und schwachen Personen, kleinen Kindern ist die Influenza gefahrbringend, natürlich erst recht, wenn Lungenerkrankungen oder Herzstörungen vorlagen. Was das Verhältnis der Influenza zur krupösen Lungenentzündung anlangt, so besteht sicherlich kein innerer und wesentlicher Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen, nie kann sich die eine aus der anderen entwickeln, ihr Zusammentreffen ist nur ein zufälliges, wobei allerdings die Influenza mit ihrer Erkrankung der Bronchialschleimhaut den Pneumoniekokken den Boden vorbereitet, so dass die specifischen Pneumoniekokken mit Leichtigkeit in den Lungen haften bleiben und nicht, wie es bei der gesunden Lunge der Fall ist, wieder ausgeathmet werden; auf diese Weise vermehrt die Influenza die Häufigkeit der Pneumoniefälle, welche um diese Jahreszeit in Wien immer schon recht häufig sind. Die gewöhnliche Art der Verbreitung der Influenza erfolgt durch die Luft; ob die Person selbst daneben auch kontagiös ist, kann mit Bestimmtheit nicht behauptet werden, es ist aber wahrscheinlich; auf jeden Fall aber tritt die Art der Verbreitung von Person zu Person gegenüber der Verbreitung durch die Luft weit zurück. Einen eigentlichen prophylaktischen Schutz gegen die Influenza giebt es demnach nicht, eben so wie auch ein specifisches Mittel gegen dieselbe nicht bekannt ist; die Behandlung dient daher nur zur Erleichterung der wichtigsten und lästigsten Symptome und hier sind Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin zu nennen. Während der Rekonvalescenz ist die größte Schonung und Vorsicht, sowohl für Erwachsene wie Kinder nothwendig. Im Vergleich mit anderen epidemischen Erkrankungen ist die jetzige Influenza eine vergleichs-

weise sehr milde Krankheit, welcher ein ernsterer Charakter nur durch das Zusammentreffen mit der Pneumonie-Epidemie aufgeprägt wird.

Prior (Köln).

---

3. **E. Kormann** (Koburg). Die Influenza bei Kindern.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 51 u. 52.)

Der Symptomenkomplex, welchen die Grippe im kindlichen Alter setzt, weicht in wesentlichen Punkten von den Symptomen, welche der Erwachsene zeigt, ab. Bei Kindern treten anfänglich die Fieber- und Gehirnerscheinungen in den Vordergrund. Rudimentäre Formen sind sehr häufig und dokumentiren sich durch allgemeines Unbehagen, schnelle Ermattung, Eingenommensein des Kopfes, Unlust zum Spiel. In ausgebildeten Fällen ist der Beginn meist eben so plötzlich, wie bei Erwachsenen. Selten sind aber bei Kindern intensive Frostschauern, meist besteht Frösteln leichter Art, das mit Hitze abwechseln und sich wiederholen kann; eben so selten treten Konvulsionen im Beginne des Fröstelns auf, den Konvulsionen folgt sehr häufig eine etwa 24 Stunden anhaltende Schlummersucht. Kleinere Kinder werden sehr schnell verdrießlich und schreien bei passiven Lageveränderungen, größere klagen über Stirnschmerz, Schmerz im Rücken und den Gliedern, vor Allem der Beine. Dabei besteht große Erschöpfung, bis zur Ohnmacht, Appetitlosigkeit, Husten neben Brechneigung oder Diarrhoen. In hochgradigen Fällen kann der Tod bereits nach 48 Stunden eintreten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle tritt die Erkrankung der Schleimhäute hervor, vor Allem der Respirationsschleimhaut, aber auch Conjunctivitis, Thränenfluss gesellen sich oft zu der Coryza; Schlingbeschwerden, Schwerhörigkeit, Heiserkeit, trockener Husten dokumentiren das Fortschreiten der Entzündung. Nur bei intensiver Influenza kleiner Kinder kommt es zu Dyspnoe. Hals- und Nackendrüsen sind geschwollen. Daneben bestehen entweder Zeichen geistiger Exaltation oder Depression. Haben diese Symptome unter Fieber 3—4, oder in schweren Fällen 5—6 Tage angehalten, so wird unter schnellem Nachlass der nervösen Symptome, zuweilen unter kritischer Schweißbildung, der Husten lockerer, das Sekret dünnflüssig und reichlich. Die Ermattung schwindet nur sehr langsam, die Rekonvalescenz dauert 8—10 Tage; während derselben ist die Schweißbildung oft sehr reichlich. Mehr als bei Erwachsenen treten bei Kindern komplicirende Krankheitszustände während oder nach der Influenza auf, von denen vor Allem chronische Bronchitis, Verkäsung der Bronchialdrüsen, akute Miliartuberkulose, besonders unter dem Bilde der Meningitis tuberculosa zu nennen sind; krupöse Pneumonie und krupöse Bronchitis sind die akuten Komplikationen; sie beginnen stets mit einem Frostanfall oder auch mit Konvulsionen. Was die pathologische Anatomie anlangt, so findet man eine Hyperämie der ganzen Schneider'schen Membran, welche sich bis zur Cyanose steigern kann und stellenweise einen grauen, fest anhaftenden

Belag hat. Dieselben Verhältnisse finden sich in der Mund- und Rachenhöhle bis in die feinsten Bronchien herunter; daneben setzen die Komplikationen ihre speciellen anatomischen Veränderungen. Die Verdauungsorgane sind selten tief erkrankt; außer katarrhalischer Schwellung der Magenschleimhaut finden sich fleckige, netzartige Injektion, stellenweise Ekchymosen, zuweilen bis in den Dünndarm hinein, wo die Peyer'schen und solidären Follikel geschwellt sind. Milzschwellung fehlt für gewöhnlich. Was die specielle Symptomatologie anlangt, so treten die nervösen Störungen bei zarten Kindern viel stärker hervor als bei Erwachsenen: die Hyperämie der Schneiderschen Membran führt zum heftigsten Kopfschmerz, es kann sich einseitiger Kopfschmerz einstellen, Hyperästhesie der Kopfhaut, der Haut des Gesichtes, ja auch des ganzen Körpers; konvulsivische Zuckungen einzelner Muskeln, subsultus tendinum, Zittern der Hände können sich anschließen. Urticaria, scharlachähnliche Exantheme, in der Mund- und Rachenhöhle masernähnliche Flecke, so wie Erytheme in Folge von Erkrankung der Gefäßnerven kommen zur Beobachtung. Die Dyspnoe ist oftmals viel stärker, als dass die begleitende Bronchitis capillar. sie erklären könnte; vielleicht handelt es sich dabei um nervöse Störungen, welche nach Zülzer eine Motilitätsneurose des Zwerchfelles und der Bronchialmuskeln sein soll; diese Dyspnoe kann anfallsweise auftreten, zuweilen genau intermittirend, nicht selten bis zur Orthopnoe und heftigster Präkordialangst sich steigernd. Die Erscheinungen des Magen-Darmkanals können so sehr überwiegen, dass das Bild genau einem gastrischen Fieber oder einer Cholerine gleichen kann; es kann aber auch hochgradige Obstipation vorwalten. Die Prognose richtet sich nach dem Charakter der Epidemie, stets aber ist das erste Kindesalter gefährdet. Die Therapie hat die hochgradige Schwäche und die katarrhalischen Erscheinungen zu berücksichtigen, sie ist im Ganzen symptomatischer Art.

Prior (Köln).

---

4. **A. Proust** (Paris). Denguefieber und Influenza.
(Wiener med. Blätter 1890. No. 1. p. 7 ff.)

5. **Fiessinger.** De la congestion pulmonaire chronique consécutive à la grippe.
(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 50.)

6. **Maleas.** Das Denguefieber in Konstantinopel.
(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 52.)

7. **de Brun.** La fièvre Dengue en 1889.
(Revue de méd. 1890. No. 1. Januar 10.)

8. **B. Ornstein** (Athen). Zur Frage über die Dangue oder das dangueische Fieber.
(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 2. p. 25 ff.)

Die Arbeit P.'s bildet einen Bericht, welchen derselbe der Academie de Médecine in Paris erstattete. Zunächst führt er aus, dass

das Denguefieber, welches aller Wahrscheinlichkeit nach aus der heißen Zone stammt, die ausgesprochene Tendenz hat, sich gegen die gemäßigten Länderstriche hin zu verbreiten. Im vorigen Jahre kam die Krankheit von Syrien her und drang bis nach Konstantinopel, Salonichi und Athen vor. Die Krankheit verschonte kein Alter, keine Rasse, keine Konstitution, sie befällt Leute, welche erst im vorigen Jahre erkrankt waren, ja sogar das nämliche Individuum, das erst kurze Zeit genesen ist, aufs Neue und wiederholt. Die Höhenlage bildet kein Hindernis für das Auftreten der Erkrankung; eben so wenig hat die sinkende Temperatur einen Einfluss, vielleicht steigert sie die Zahl und Schwere der Komplikationen. Speciell anzuführen ist die Eigenschaft des Denguefiebers, dass es da, wo es einmal auftrat, auch definitiv bleibt, wenn es auch den Charakter der Epidemie nicht immer hervorkehrt; z. B. in Beyrout, wo es 1861 zum ersten Male auftrat, sind bis jetzt 14 neue Epidemien aufgetreten. Die Virulenz der Erkrankung hat im gemäßigten Klima nicht abgenommen. Dieser Umstand, wie die Leichtigkeit der Kommunikation und die große Zahl der Verkehrswege lassen die Befürchtung zu, dass das Denguefieber seinen Zug gegen den Norden und Osten von Europa fortsetzen wird. Die Erkrankung befällt die Personen gewöhnlich in voller Gesundheit mit einem leichten Frost und intensivem Stirnkopfschmerz; seltener ist ein Unwohlsein von 24 bis 48 Stunden als Prodromalstadium zu bemerken. Dazu tritt oft Schmerz in der Orbita mit Kongestion der Conjunctiva, bisweilen auch ein leichter Halsschmerz ohne Schluckbeschwerden. Der Pharynx ist geröthet, die Nasensekretion vermehrt, die Zunge dick belegt, der Athem fötid; dabei bestehen vollkommene Appetitlosigkeit, heftige Schmerzen in Gelenken und Muskeln, besonders in den Knien und den Beinen, nicht selten eine namhafte Präkordialangst. Das Fieber steigt oft ziemlich rapide auf fast $+41^{\circ}$ C. Der Harn ist frei von Eiweiß, Brust- und Bauchorgane bieten keine abnormen Verhältnisse. Manchmal klagen die Pat. über trockenen Husten von nervösem Charakter. Das Bewusstsein ist ungetrübt, doch besteht zuweilen Gedächtnisschwäche. Bei Kindern führt das Fieber zuweilen zu Delirien ohne Konvulsionen. Die Temperatur sinkt plötzlich oder stufenweise, von profusem Schweiß begleitet, etwa nach 24—48 Stunden des Temperaturmaximums; im Stadium der sich vollziehenden Defervescenz tritt besonders im Gesicht und an den Händen eine juckende Eruption, die bald der Scarlatina, bald der Rubeola gleicht, auf; sie dauert 1—2 Tage, kann aber nach 2 bis 3 Tagen der Remission plötzlich wieder auftreten, ja selbst ein drittes Mal folgen. Die Rekonvalescenz dauert 10—14 Tage, die Eruption schuppt sich kleienförmig ab. Als besondere Zufälle wurden Nasenbluten und Metrorrhagie beobachtet; Todesfälle kamen nicht vor. Das erste Auftreten des Denguefiebers in einem bis dahin freien Orte konnte stets auf eine Ansteckung zurückgeführt werden; das Denguefieber ist kontagiös. Über die geographische Verbreitung des

Denguefiebers führt P. aus, dass die Krankheit ihre Wiege hat in den intertropischen Zonen, wo sie ihre Hauptherde einmal in Amerika und das andere Mal an den Ufern des indischen Oceans und des rothen Meeres hat. In Amerika sind viele Epidemien in diesem Jahrhundert gewesen, für uns Europäer kommt hauptsächlich nur der zweite Herd in Betracht. Da die Pathologie und Mikrobiologie des Denguefiebers noch unbekannt ist, so ist über die Prophylaxis nur dasjenige zu sagen, was sich gegen alle kontagiösen Erkrankungen richtet. Der Vergleich des Symptomenbildes des Denguefiebers und der in Paris beobachteten Influenza-Epidemie liefert in manchen Punkten dieselben Symptome; eine Abweichung findet P. darin, dass bei der Influenza die für das Denguefieber charakteristischen Knieschmerzen, welche den von der Krankheit Befallenen einen ganz eigenthümlichen Anblick verleihen, ferner die heftigen Kreuz- und Lendenschmerzen fehlen; andererseits tritt die Betheiligung der Respirationsschleimhaut in den Vordergrund, was beim Denguefieber nicht vorzukommen pflegt; endlich sind bei der Pariser Influenza-Epidemie, so weit P. sie beobachtet hat, weder stark riechende Schweiße, noch eine Abschuppung, noch das quälende Hautjucken, welche Symptome dem Denguefieber eigen sind, gesehen worden; auch erholen sich die Influenzakranken rasch, während das Denguefieber einen langdauernden Zustand von Schwäche zurücklässt. **Prior** (Köln).

F. hat unter 126 Fällen von Grippe 2mal eine Komplikation beobachtet, welche er nach dem Vorgange Bouchut's als chronische Lungenkongestion bezeichnet. Nach Ablauf der gewöhnlichen Erscheinungen der Grippe erscheint der Kranke geheilt. Appetitlosigkeit und Husten dauern jedoch noch an, die normal gewordene Temperatur steigt an einem Abend wieder und bleibt Abends trotz Darreichung von Antipyreticis fieberhaft. Über der Lungenbasis Dämpfung, abgeschwächtes Athmen mit oder ohne Anwesenheit von Rasselgeräuschen. Nach Verlauf von mehreren Wochen schwindet die Dämpfung, die Athmung wird wieder normal, Pat. ist vollkommen genesen. Die vorhandenen Erscheinungen (an der Basis etc.), ihr relativ schnelles Schwinden und ihr Vorkommen im Anschluss an Grippe lassen die Affektion von einer Phthise wohl unterscheiden.

G. Meyer (Berlin).

M. schildert die im Juni v. J. in Konstantinopel zum Ausbruch gelangte Dengue-Epidemie. Seine Beobachtungen bezüglich der Symptomatologie und des Verlaufes der Erkrankung stimmen fast vollständig mit den von de Brun in Beyrouth gemachten und von uns in No. 7 dieses Blattes referirten überein; so dass wir hierauf nicht näher einzugehen brauchen. Von Komplikationen beobachtete M. außer Blutungen in den verschiedensten Organen, besonders Epistasis, ferner Durchfälle, Erbrechen, Rippenfell- und Hodenentzündungen und Abortus. Auch M. hält die Dengue für kontagiös. Von der Ungefährlichkeit der Krankheit überzeugt, behandelte M. meist mit indifferenten Mitteln, nachdem er von der Darreichung von Abführmitteln, Antipyrin und salicylsaurem Natron einen Erfolg nicht gesehen hatte. —

de B. hatte im Jahre 1889 von der Mitte des Monats Juni an wiederum Gelegenheit, eine ausgedehnte Dengue-Epidemie zu beobachten. Diese Epidemie nahm ihren Anfang in Syrien und breitete sich von dort aus über Palästina, einen großen Theil von Kleinasien und über einen beträchtlichen Theil der Türkei und Griechenlands

aus; mehrere Millionen Einwohner wurden von ihr befallen. de B., der durch Korrespondenz mit zahlreichen Kollegen aus den ergriffenen großen Städten sich über den Verlauf und den Charakter der Epidemie genau informirt hat, weist auf das geradezu erschreckende Fortschreiten dieser Krankheit, die bei ihrem jedesmaligen Wiederauftreten immer weitere Länderstrecken ergreift, hin und betont die Gefahr, die den europäischen Ländern, zunächst Italien und Frankreich, droht.

Sodann spricht sich Verf. mit Entschiedenheit für die Kontagiosität der Erkrankung aus und sucht diese Anschauung durch mehrfache, uns allerdings nicht immer beweiskräftig erscheinende Beobachtungen zu stützen.

Nach einer Übersicht der meteorologischen Verhältnisse, unter denen die Epidemie zum Ausbruch kam (welche übrigens durchaus nichts Charakteristisches ergeben), geht de B. dann zur Besprechung einiger klinisch wichtigen Ergebnisse bei der vorjährigen Seuche über.

Im Großen und Ganzen war der Verlauf der Epidemie dem von de B. 1888 beobachteten und von uns vorstehend ausführlich geschilderten nicht wesentlich verschieden. Nur kamen einzelne Erscheinungen zur Beobachtung, die Verf. früher nicht kennen gelernt hatte. Dazu gehört zunächst häufig auftretende Epistaxis, die oft sehr abundant und schwer stillbar war. Dann außerordentlich heftige Schmerzen der Thoraxmuskulatur, die die Athmung sehr erschwerten und den Pat. das Liegen oft unmöglich machten. Bemerkenswerth erscheint ferner die mehrfach gemachte Beobachtung, dass nach Ablauf der Denguekrankheit sehr alte und härtnäckige Neuralgien, die vorher allen Mitteln getrotzt hatten verschwunden waren.

Schließlich macht de B. noch darauf aufmerksam, dass auch schwere Formen der Erkrankung, sogar mit tödlichem Ausgange, vorkommen und schildert einige einschlägige Beobachtungen. Therapeutisch erwies sich auch in dieser Epidemie das Antipyrin durchaus wirksam. — **M. Cohn** (Berlin).

O. stützt die Schilderung des Krankheitsbildes auf eigene Beobachtung und auf die Erfahrungen geübter Diagnostiker. Die pathologische Anatomie der Dangue bleibt noch unbestimmt, da bei der Epidemie in Athen wie im Piräus kein einziger Fall tödlich endete; auch von Sektionen solcher Pat., welche in Folge gleichzeitig bestehender anderer Krankheiten starben, ist keine Auskunft einstweilen zu erwarten. Die Dangue ist eine miasmatische Erkrankung, welche durch ein uns noch unbekanntes Microbion erzeugt und verbreitet wird. Der Schilderung, dass die Dangue plötzlich und ohne Vorboten auftritt, widerspricht die Erfahrung O.'s, da er vor dem Eintritt des Fiebers eine unerklärbare trübe Gemüthsstimmung seiner Pat. mit Schwächegefühl, Anfällen von Frost und Hitze und Schwindel beobachtete; die Incubationszeit dauerte, wenigstens in Athen,

24—72 Stunden, es sind auch Fälle von 4-, ja von 6- und mehrtägiger Dauer des Incubationsstadiums gesehen worden. Meistens werden mehrere Glieder derselben Familie befallen. Der Krankheitsausbruch charakterisirt sich fast beständig durch: 1) einen dem Scharlach, den Masern oder der Urticaria ähnlichen, im Gesicht erythemartigen Ausschlag; Gesicht, Hals, Brust und Hände sind die Lieblingssitze, doch ist der ganze Körper befallen; das Exanthem ist mit starkem Jucken verbunden, auffallend stark an den Händen. Mit dem Verschwinden des Ausschlages, dessen Dauer zwischen 24—48 Stunden schwankt, hört das ihn begleitende Fieber auf oder macht eine Remission von 2, 3—4 Tagen, während welcher ein sekundärer masern- oder scharlach-, selten urticariaähnlicher Ausschlag zu Tage tritt und auch wieder von Fieber begleitet wird. Nach etwa 3 Tagen kommt es zu einer Krise, mit welcher das Fieber und die Schmerzen nachlassen; dann folgt eine reichliche, kleienartige Abschuppung mit unerträglichem Jucken. Die Krankheit kann recidiviren, selbst 3mal. 2) Durch heftigen Kopfschmerz in der Stirn und Schläfengegend, so wie in der Tiefe der Augenhöhlen. 3) Durch fast nie fehlenden Schmerz in den Muskeln und Gelenken, welcher besonders in den Beinen und um das Knie herum wüthet. 4) Durch Brechneigung oder Erbrechen, Magenschmerzen, dickbelegte Zunge, üblen Geruch aus dem Munde und gänzliche Appetitlosigkeit. 5) Durch das im Beginn der Erkrankung gewöhnlich starke Fieber von 40—40,5° mit 90—120 Pulsschlägen während 24 bis 72 Stunden; dann fällt die Temperatur auf 39° und fällt am 3. Tage, selten am 4. Tage auf 38°. Als nicht pathognomonische, doch in einzelnen Epidemien konstante Symptome führt O. an: 1) Schwindel (nicht der prodromale), bei Bewegungen des Kopfes, besonders in der Rekonvalescenz, nicht selten auch Schwäche der geistigen Fähigkeit; 2) gänzliche Schlaflosigkeit, zumal im Anfang der Erkrankung; 3) Blutungen aus der Nase, den Bronchien, des Zahnfleisches, Uterus, Magen und Darmkanal, Harnwegen.

Auffallend ist der Antagonismus zwischen der Dangue und der Malaria; je häufiger die Dangue sich zeigte, um so seltener wurden die endemischen Malariafälle. Eine Abortivform der Dangue kam sehr oft zur Beobachtung. Die Therapie entbehrt der specifischen Behandlung; gegen die Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen ist das Antipyrin von fast specifischer Wirkung, die nervöse Aufregung und die Schlaflosigkeit weichen vor Chloral mit Bromkalium verbunden. Das Natrium salicylicum verdient keine Empfehlung, das Chinin ist absolut schädlich; O. sah, dass nach Chinin die Sensibilität gesteigert und die Schlaflosigkeit verlängert wurde.

Prior (Köln).

9. **Stembo.** Oedema fugax im Verlauf von akuten Krankheiten als Zeichen einer hinzutretenden Pneumonie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Verf. macht auf ein bisher nicht recht beachtetes Symptom im Verlaufe von akuten Krankheiten aufmerksam, nämlich auf ein bald mehr oder weniger ausgesprochenes Ödem, wie er es bei der gewöhnlichen und kapillären Bronchitis, bei der krupösen und Bronchopneumonie, bei Abdominal- und Flecktyphus und bei schweren Masernformen beobachtete, immer wenn zu diesen Krankheiten sich eine Pneumonie gesellte. Dasselbe erscheint gewöhnlich 12—24 Stunden vor den anderen objektiven Zeichen der Pneumonie; es ist nicht immer stark ausgeprägt, sondern zeigt sich zuweilen nur bei aufmerksamer Beobachtung an den unteren Augenlidern. Das Ödem ist um so stärker, je schwächer das betreffende Individuum ist, je länger die primäre Krankheit vor dem Hinzutritt der Pneumonie gedauert hat und je höher die Temperatur im Verlaufe gestiegen war. Auf der der hinzutretenden Pneumonie entsprechenden Seite ist das Ödem viel stärker ausgeprägt oder nur vorhanden, allerdings bei ganz kleinen Kindern, sehr schwachen oder bewusstlosen Kranken stets auf der Seite oder an den Stellen, die die abhängigsten (Oedema gravitativum), stärker bemerkbar. Bei längerem Bestande, als 2—3 Tage, ist es als Signum mali ominis zu bezeichnen. Mit einer Nierenerkrankung hängt dasselbe nicht zusammen.

Verf. glaubt, dass das Ödem die Folge sein kann einer Veränderung des Gefäßendothels, oder einer Abnahme der Gewebselasticität, wie vor Allem einer geschwächten Herzthätigkeit.

Peiper (Greifswald).

---

10. **M. Wolff.** Über Vaccination neugeborener Kinder.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 2.)

Nach Ausführung einer Reihe von Impfungen neugeborener Kinder mit humanisirter sowohl wie animaler Lymphe und sorgfältiger Beobachtung der eingetretenen Reaktionserscheinungen ist Verf. zu dem Resultat gekommen, dass neugeborene Kinder vom ersten Tage der Geburt an erfolgreich geimpft werden können. Eine noch frühere Impfung, d. h. schon im Mutterleibe durch Impfung der schwangeren Mutter, hat in allen Fällen, obwohl die Impfung verschieden lange Zeit — 6—78 Tage — vor der Geburt vorgenommen wurde, stets negative Resultate geliefert, indem die Neugeborenen alle zwischen dem 1.—6. Tage nach der Geburt mit ausgezeichnetem Erfolge vaccinirt wurden, obwohl die Mütter sämmtlich erfolgreich geimpft worden waren.

Eine verminderte oder unvollkommene vaccinale Empfänglichkeit der Neugeborenen besteht nicht; wo sie beobachtet ist, liegt der Grund meistens in der mangelhaften Beschaffenheit der Lymphe oder in der unvollkommenen Impftechnik.

In Bezug auf die Schutzkraft der Impfung liegt kein Grund zu der Annahme vor, dass dieselbe bei Neugeborenen weniger ausreichend sei als bei älteren Erstimpflingen. Die Neugeborenen ertragen die Impfung sehr gut; der Verlauf ist bei ihnen fast immer ein völlig fieberfreier, während bei älteren Erstimpflingen konstant Vaccinationsfieber und manchmal sogar hohes beobachtet wird; auch die durch Dentition und Entwöhnung verursachten Störungen, welche die Impfung der letzteren kompliciren können, fallen bei den Neugeborenen fort. Ein besonderer Vortheil der Impfung Neugeborener liegt aber darin, dass man die Kinder sehr frühzeitig, schon vom 1. Tage der Geburt an, vor der Infektion mit Variola schützen kann, die gerade für sie so ungemein gefährlich ist. Da nach statistischem Ausweis von den in 1 Jahre an Pocken Gestorbenen ein großer Theil, etwa 40%, das erste Lebensjahr noch nicht vollendet hat, so tritt Verf. auf Grund seiner bei der Impfung Neugeborener gemachten Erfahrung für eine Verschärfung des bestehenden Impfzwanges hinsichtlich des Zeitpunktes der Erstimpfung ein.

Markwald (Gießen).

---

11. **Robin.** Essai d'urologie clinique. La Variole.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1888. No. 39.)

Die vorliegenden Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage nach dem Verhalten des Urins in den verschiedenen Krankheitsstadien der Blattern. In der Mehrzahl der Fälle betrug in der ersten Krankheitsperiode die in 24 Stunden ausgeschiedene Harnstoffmenge zwischen 28 und 35 g, die Urinmenge kaum 1 Liter, das spec. Gewicht zwischen 1026 und 1035. Während des Suppurationsstadiums bleibt die Harnstoffmenge auf 28—38 g stehen, um mit dem Abfall der Temperatur auf 15 oder 20 g zu fallen.

Die Phosphorsäure ist gewöhnlich vermehrt während der ersten Krankheitsphasen, beim Erwachsenen wie beim Kinde, die Ausscheidung steigt noch während des Suppurationsstadiums und fällt mit dem Fiebernachlass. Die Harnsäure beträgt 1,50 durchschnittlich, vermindert sich während des Suppurationsstadiums und wird normal in der Rekonvalescenz. Indicanvermehrung fand sich in der Mehrzahl der Fälle, besonders bei den schweren Formen.

Von besonderem Interesse sind die Angaben über die Albuminurie. R. hat eine solche gefunden, die der Eruption vorausgeht (A. prévariolique), dann eine transitorische Albuminurie, die am Ende der Eruption oder der Suppuration erscheint, eine schwere Form der Albuminurie, die zu jeder Zeit der akuten Periode auftreten kann und prognostisch ungünstig ist und eine letzte, die in der Rekonvalescenz auftritt und entweder nur transitorisch ist, oder analog der postscarlatinösen Albuminurie das Vorhandensein einer Nephritis varioloica anzeigt.

Seifert (Würzburg).

---

12. **M. Benedikt** (Wien). Einige qualitative Varietäten des Kniephänomens.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 17.)

B. schildert eine Reihe von Varietäten des Kniephänomens, die bedeutenden differentiell-diagnostischen Werth zu besitzen scheinen. Zunächst erwähnt B. die klonische Form, welche sich sowohl bei myelitischen als bei cerebralen Lähmungen und bei spinal-spastischen Zuständen findet. Eine zweite Form nennt Verf. »paradox«, weil man statt eines Streckstoßes einen Beugestoß erhält. Er sah dieses Phänomen bei einem Falle von Tumor am Dache des 4. Ventrikels. Eine Abart dieser Varietät erhält man dadurch, dass zuerst ein Streckstoß erfolgt und darauf statt des einfachen Zurücksinkens ein Beugestoß. Eine dritte Variation ist die durch Irradiation des Reflexes bedingte Form (irradiirendes Kniephänomen), welche sich nur bei erhöhtem Reflexe zeigt und die Bedeutung eines vorhandenen Reizzustandes oder einer Mitreizung der Oblongata zu haben scheint. Eine vierte Abart des Kniephänomens ist die tonische. Es erfolgt dabei eine meist verlangsamte Streckung im Kniegelenke, das Bein bleibt am Fußboden in der hervorgebrachten Stellung und kehrt nicht in die frühere Lage zurück. Endlich erwähnt B. das bekannte verspätete Auftreten des Kniephänomens und die Erschöpfbarkeit des Reflexes, welche sich auch besonders für seine Irradiation geltend macht.

J. Ruhemann (Berlin).

---

13. **A. A. Kanthack.** Beiträge zu der Histologie der Stimmbänder.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3.)

K. ist auf Grund zahlreicher Untersuchungen an frischen Kehlköpfen gegenüber B. Fraenkel zu dem Resultat gekommen, dass die eigentlichen Stimmbänder keine Drüsen enthalten, wie dies bereits Luschka behauptet hat. Unter Stimmbändern im »wahren anatomischen und klinischen Sinne des Wortes« versteht K. nur die schwingenden Bänder, welche vom Proc. vocal., an welchem sie mittels eines Sesamknorpels befestigt sind, in einer Tiefe und Breite von 1—2 mm nach vorn bis an den Sesamknorpel ziehen, welcher sie mit dem Schildknorpel verbindet. In diesem eigentlichen Stimmband sieht man weder makroskopisch Drüsenöffnungen, noch kann man mikroskopisch Drüsen nachweisen. Dagegen finden sich in dem kurzen Stücke zwischen Sesamknorpel und Schildknorpel, welches auch entwicklungsgeschichtlich nicht zum Stimmband gehört, so wie in der ganzen Ausdehnung der vorderen Kommissur häufig Drüsen. Eben so sind jenseits der hinteren, wie der unteren Grenze der Stimmbänder Drüsen vorhanden, ferner auch in der äußeren Umgebung der Stimmbänder zwischen den Muskelfasern und dem elastischen Gewebe.

Aus den weiteren Untersuchungsresultaten ist Folgendes zu er-

wähnen: 1) die Grenze der Pflasterepithelbekleidung geht normalerweise nicht über das eigentliche Stimmband hinaus, variirt jedoch nach unten hin recht häufig bis zum Niveau der Mitte der hinteren Wand der Cartil. cric. hinab. 2) Eine Membrana basilaris scheint nicht vorhanden zu sein. 3) Papillen finden sich in der Kehlkopfschleimhaut selten, das Stimmband ist an seinem freien Rande und nach dem Ventrikel zu ganz frei davon, während im subglottischen Theil relativ kleine Papillen häufig zu sehen sind. Übrigens sind die Papillen wohl zu unterscheiden von den vielfach vorkommenden Leisten und Falten der Schleimhaut. Dagegen ist eine reichliche Papillenbildung zu konstatiren bei chronischem Katarrh, Pachydermie und chronischen Geschwüren aller Art. 4) Die Submucosa ist auf den Stimmbändern äußerst dünn. 5) Eine Insertion von Fasern des Musc. thyreo-arytaenoideus in den Stimmbändern ist nicht nachzuweisen, vielmehr sieht man die Muskelfasern ununterbrochen von vorn bis hinten verlaufen. Eine ausführlichere Arbeit will K. später noch liefern.

Kayser (Breslau).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

14. **B. Fraenkel.** Zur Histologie der Stimmbänder. (Erwiederung auf den Aufsatz des Herrn Kanthack: »Beiträge zu der Histologie der Stimmbänder mit specieller Berücksichtigung des Vorkommens von Drüsen und Papillen«. [Virchow's Archiv Bd. CXVII, p. 531.])

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. p. 370.)

15. **A. A. Kanthack.** Zur Histologie der Stimmbänder. (Erwiederung auf den vorstehenden Artikel des Herrn Prof. B. Fraenkel.)

(Ibid. p. 376.)

16. **B. Fraenkel.** Replik auf vorstehende Erwiederung des Herrn Kanthack.

(Ibid. p. 381.)

F. hat in der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin den Nachweis erbracht, dass in den Stimmbändern des Menschen Drüsen vorkommen, welche bisher nicht beachtet worden sind. Dem gegenüber hat K. behauptet (cf. oben) und durch Untersuchungen erhärtet, dass die Mittheilung F.'s den Thatsachen nicht entspricht. F. weist nun in dem ersten oben betitelten Aufsatze nach, dass K. sich in einem Irrthum befindet, wenn er unter Stimmband lediglich nur die Chorda vocalis versteht. Mit Luschka versteht F. unter Stimmband den prismatischen Körper, dessen Grundlage der Musc. thyreo-arytaenoideus internus darstellt und an dessen freiem Rande sich die Chorda befindet. Unter dieser Voraussetzung kommen nach F. im Stimmbande Drüsen vor, wie auch K. sie daselbst gefunden hat. Für die Chorda vocalis hat auch F. das Vorkommen von Drüsen nie angenommen. Diesen Ausführungen gegenüber behauptet K. in dem zweiten oben betitelten Aufsatze, dass, selbst den von F. urgirten Irrthum zugestanden, F. unbedingt behaupten wollte, dass Drüsen auch in der Chorda vocalis vorkommen und beruft sich 1) auf ein diesbezügliches von F. demonstrirtes Präparat, welches nach K.'s Meinung die Verhältnisse nicht verificirt und 2) auf die Mittheilungen pathologischen Inhaltes, welche F. bezüglich der Pathologie der Stimmbanddrüsen gegeben hat. Die Replik des Herrn F. enthält nichts Wesentliches von sachlicher Bedeutung.

B. Baginsky (Berlin).

17. **R. Dreyfuss.** Notiz zur Erkrankung des Ohres bei Influenza. (Aus Dr. B. Baginsky's Poliklinik.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Verf. berichtet über die Art der Ohrerkrankungen, welche im Verlaufe der Influenza in des Ref. Poliklinik zur Beobachtung kamen. Es handelte sich meist um schwere hämorrhagische Entzündungen des Trommelfells, die neben serösen oder eitrigen Exsudatansammlungen in der Paukenhöhle einhergingen. In einzelnen Fällen bildeten sich linsen- bis halberbsengroße Blutblasen am Trommelfell, an dessen Peripherie sie gewöhnlich in der Zahl von 3—4 saßen (Myringitis haemorrhagica bullosa). In den übrigen Fällen handelte es sich um akute Mittelohrentzündungen mit serösem oder serös-purulentem Exsudat; in einem Falle war das Exsudat hämorrhagisch.

Die Influenza bietet demnach bezüglich der Ohraffektionen Ähnlichkeiten mit den akuten Infektionskrankheiten, bei denen ähnliche Befunde an den Ohren erhoben werden. **B. Baginsky** (Berlin).

18. **Schwabach.** Über Otitis media acuta bei Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Auch S. konstatirt in einer verhältnismäßig großen Zahl von Fällen Blutungen in das Gewebe des Trommelfelles und zwar entweder in Form von stecknadelkopf- bis erbsengroßen, zuweilen multiplen Ecchymosen oder in der Form von mehr oder weniger großen, nicht selten die ganze Fläche des Trommelfelles einnehmenden hämorrhagischen Blasen. Bezüglich des Verlaufes hebt S. hervor, dass am günstigsten diejenigen Fälle waren, in denen frühzeitig die Paracentese gemacht wurde; am längsten hielt die Eiterung in einigen Fällen an, in denen die Perforation im hinteren oberen Quadranten sich fand. **B. Baginsky** (Berlin).

19. **Fiessinger.** De l'influence de la première dentition sur la marche de rougeole.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 42.)

Im Verlaufe einer Masernepidemie hatte Verf. Gelegenheit, bei ganz jungen Kindern die Wirkung der Dentition auf diese Krankheit zu beobachten. Diese äußert sich in verschiedener Weise, indem entweder der Durchbruch eines Zahnes die Masern gar nicht beeinflusst oder sich in erheblicher Weise geltend macht. Nach Verschwinden des Ausschlages bleibt das Fieber bestehen, es zeigen sich Erscheinungen von Bronchitis oder Durchfall, welche kurze Zelt nach dem Durchbruch eines oder mehrerer Zähne wieder vergehen. Seltener tritt die Genesung erst 8 Tage nach dem Erscheinen der Zähne ein. In einer dritten Reihe von Fällen verschlimmern sich die Symptome nach dem Durchbruch der Zähne dennoch, und es tritt der Tod ein. F. belegt diesen verschiedenen Verlauf durch Mittheilung einschlägiger Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, dass die von anderer Seite vertretene Ansicht, dass die Dentition die Prognose der Masern immer verschlimmere, nicht zu Recht besteht. **G. Meyer** (Berlin).

20. **A. Vonwiller** (St. Gallen). Zur ulcerösen Angina bei Typhus abdominalis.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 18.)

Verf. berichtet über 6 Fälle typhöser Angina, die er selbst beobachtete; er erklärt sie, entsprechend der Ansicht guter Autoren, für eine specifisch-typhöse Affektion, die meist in der zweiten Krankheitswoche auftritt. Ihre Dauer variirt von wenigen Tagen bis zu 2 Wochen; dann heilt sie spurlos ab. In einem tödlich verlaufenen Falle hatte sie 14 Tage bestanden. An sich birgt sie zwar keine Gefahr, hat aber in so fern eine gewisse prognostische Bedeutung, als sie vorwiegend bei schweren Fällen auftritt. Auch diagnostisch kann sie gelegentlich von Bedeutung werden, wie ein vom Verf. mitgetheilter Fall beweist, indem sie die Unterscheidung von akuter Miliartuberkulose ermöglicht.

In keinem der vom Verf. beobachteten Fälle trat zu den Geschwüren als solche eine besondere Komplikation hinzu: die regionären Lymphdrüsen waren niemals merklich geschwellt; örtliche Beschwerden waren nur in einem Falle vorhanden (Schmerzen beim Schlucken). Die Affektion trat meist nach dem Erscheinen der ersten Roseolen auf, bald einseitig, bald doppelseitig; die einzelnen Geschwürchen bildeten sich nicht immer gleichzeitig, sondern manchmal in ziemlich großen Zwischenräumen. Die einzelnen Erosionen entstanden sehr rasch, blieben einige Tage ziemlich unverändert bestehen und heilten in wenigen Tagen bis $1^1/_2$ Wochen; die Größe der Geschwüre schwankte zwischen 2 und 5 mm Durchmesser. Einzelne Male erschienen die Defekte zu Zeiten, wo die klassischen Symptome des Typhoids noch nicht ausgeprägt waren oder es überhaupt nicht wurden. Das Aussehen der Geschwüre schildert Verf. in Übereinstimmung mit anderen Autoren; es handelt sich nur um Ulcerationen am weichen Gaumen; die Tonsillen sind frei. **Küssner** (Halle).

21. **Sokolowski.** Kann ein äußeres Körpertrauma zur akuten Pneumonie führen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 39.)

Ein 14jähriger Junge wurde stark auf den Kopf und die Brust geschlagen, es entwickelte sich eine Meningitis und eine Pneumonie der rechten Lungenspitze. Die Lokalisation der Pneumonie entsprach gerade jener Gegend, wo der Knabe geschlagen wurde. Die Lokalisation und der Verlauf der Pneumonie führten S. zur Annahme, dass dieselbe in Folge des Traumas entstanden sei; durch das gesetzte Trauma wurde für das Lungenparenchym die Disposition zur Aufnahme des specifischen Infektionskeimes geschaffen. **Seifert** (Würzburg).

22. **Fabre.** Pemphigus aigu généralisé.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 43.)

Ein 19jähriger Bäckergeselle erkrankte 14 Tage nach dem Aufhören einer Gonorrhoe an einem Blasenausschlag, welcher sich zuerst in der Fossa iliaca dextra zeigte und von da sich über den ganzen Körper verbreitete. Einzelne der Blasen hatten die Größe von Weinbeeren, andere waren geplatzt und hatten durch Ausfließen ihres Inhaltes die umgebende Haut stark entzündet. Dabei bestand starkes Fieber, Morgens 39,7, ferner zeigten sich Aphthen auf der Zunge. Unter passender Behandlung, Bedeckung mit Liniment von Öl und Kalkwasser mit geringem Zusatz von Karbolsäure, so wie Darreichung von Abführmitteln wegen bestehender Verstopfung, war nach 6 Tagen der Hautausschlag bedeutend gebessert, doch waren noch Ulcerationen in der Medianlinie des Gaumensegels vorhanden, welche erst nach Verlauf von 10 Tagen völlig verschwanden. Die entzündeten Hautstellen wurden mit venetianischem Talk eingepudert und ca. 3 Wochen nach den ersten Erscheinungen der Hautaffektion war der Pat. völlig wieder hergestellt.

Kurze Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung hatte der Mann Kubeben und Kopaivabalsam eingenommen. Erstere besonders bewirken nässende Hautausschläge. Möglicherweise stehen sie in diesem Falle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Hautleiden; seinem Aussehen und Verlauf nach kann F. dasselbe nur als Pemphigus ansehen. Derselbe tritt meist bei Kindern auf, wurde eine Zeit lang für eine ausschließlich syphilitische Erkrankung angesehen und bewirkt meist bei den Pat. ausgesprochene Kachexie. Ein akuter Pemphigus beim Erwachsenen ist ein immerhin nicht ganz häufiges Vorkommnis. **G. Meyer** (Berlin).

23. **Lünnig** und **Hanau.** Zur Kasuistik der Aktinomykosis des Menschen.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1889. No. 16.)

L. theilt die Krankengeschichte einer abdominalen Form von Aktinomycosis mit, deren Anamnese auf Anfangssymptome vor 8 Jahren zurückweist. Eine faustgroße fluktuirende, schmerzhafte Geschwulst zwischen Nabel und Spina anterior superior wird eröffnet und entleert $^3/_4$ Liter bräunlichen, schmierigen, fäkulent

riechenden Eiters. Der palpirende Finger gelangt von da aus in verschiedene mit morschem Gewebe ausgekleidete Gänge, die theils unter der Bauchhaut, theils in der Bauchmuskulatur verlaufen. Die Fiebertemperaturen, vor der Operation bis 40°, schwinden nach der Incision. In der Folge müssen noch zwei nachträglich gebildete Abscesse incidirt werden. Hatte die Diagnose erst geschwankt zwischen Senkungsabscess, peri- oder paratyphlitischem Abscess vermuthlich wegen eines Fremdkörpers, oder verjauchter Neubildung, so ließ ein aus der Fistel entleertes stecknadelkopfgroßes gelbes Korn die Diagnose alsbald auf Aktinomykose stellen, und dies mit um so größerer Sicherheit, als der aus dem neuen Abscess aspirirte Eiter Körner in Masse enthielt. Die Therapie konnte nur eine palliative sein. Der Fall kam zur Sektion. Die anatomische Untersuchung (H.) ergab: Primäre alte Aktinomykose des Colon ascendens mit vielfacher fistulöser Perforation und Adhäsionsbildung. Metastatische Aktinomykose der Leber, Perforation eines Leberherdes in eine Vena hepatica. Metastatische multiple aktinomykotische Abscesse beider Lungen. Pleuritische Verwachsungen beiderseits. Frischere Pleuritis serofibrinosa rechts. Aktinomykotische Durchsetzung der rechten Hälfte des Diaphragma von der Leber aus. Perforation einer Fistel in das Rectum. Amyloid der Milz und Leber.

H. gelang die Überimpfung einzelner Körner in die vordere Kammer des Kaninchens. Er sah die Drusen auswachsen und konnte die Übergangsformen von radiären Fasern in die Keulen in allen möglichen Stadien studiren.

P. Ernst (Heidelberg).

24. **Foltanek.** Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 15.)

F. beschreibt einen in Widerhofer's Klinik beobachteten Fall von akuter, gelber Leberatrophie bei einem 12jährigen Knaben, der in 3 Wochen zum Exitus führte. Besonders bemerkenswerth war im Verlaufe dieses Falles, dass die sonst meist beobachtete Schmerzhaftigkeit der Lebergegend fehlte, dass schon sehr früh — 10 Tage vor Eintritt von Cerebralerscheinungen — Hämorrhagien aus der Nase eintraten und dass im Harn Leucin und Albumen vollständig vermisst wurden, während die Menge des Harnstoffes relativ mäßig vermindert war.

M. Cohn (Berlin).

25. **Manz.** Zwei Fälle von embolischer Gangrän der unteren Extremitäten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 37 u. 38.)

In den beiden ausführlicher mitgetheilten Fällen handelte es sich um Stenose des Mitralostiums und embolische Gangrän der Unterextremitäten; der erste Fall kam zur Autopsie, in dem zweiten Falle wurde das gangränöse Bein amputirt und die Pat. schließlich bei relativ gutem Allgemeinbefinden entlassen.

Bei beiden Fällen wurden die peripheren Temperaturen an verschiedenen Stellen des Körpers mit einem Quecksilberthermometer von gewöhnlicher Form bestimmt. Dabei wurde wiederholt die Temperatur der ischämischen Körpertheile niedriger gefunden als die Temperatur der Umgebung. M. ist der Meinung, dass zur Erklärung dieser Beobachtungen die physikalischen Verhältnisse der Wärmeproduktion, Wärmezufuhr und Wärmeabfuhr genügen. Die Wärmeproduktion und Wärmezufuhr ist aufgehoben und die Wärmeabfuhr geschieht wie vorher, so lange noch Feuchtigkeit in den oberflächlichen Schichten der Haut erhalten ist. Sind diese durch die Verdunstung eingetrocknet, so werden mit geringen Schwankungen die ischämischen Theile die Temperatur der Umgebung behalten.

In dem ersten Falle fand sich bei der Sektion ein reitender Embolus an der Theilungsstelle der Aorta, der mehr in das Lumen der linken Art. iliaca hineinragte, woraus der frühere Verschluss der linken Arterie sich erklärt. Als Quelle des embolischen Materials fand sich Gerinnselbildung in beiden Herzhälften. Außer Embolie in die Aorta hatten auch Embolien in die Nieren und in die Lungen stattgehabt.

Seifert (Würzburg).

26. **Haushalter.** Un cas d'anévrysme d'une branche de l'artère pulmonaire, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire.

(Revue de méd. 1889. No. 4. April 10.)

Ein an Phthisis pulmonum erkrankter junger Mensch erliegt plötzlich, während der tuberkulöse Process längere Zeit hindurch stillstand, einer sehr heftigen Lungenblutung. Die Sektion ergiebt ein kleines geborstenes Aneurysma eines Zweiges der Arteria pulmonalis, das in eine Lungenkaverne hineinragt. H. schildert daran anschließend in anschaulicher Weise die Pathogenese dieser Aneurysmen, die dem durch Schwund des umgebenden Gewebes enorm gesteigerten intravasculären Drucke ihre Entstehung verdanken. Er zeigt, wie durch die allmähliche Verringerung der Elasticität und den Schwund der einzelnen Gewebsschichten in der Wand dieser Aneurysmen die Ruptur erfolgt und weist schließlich darauf hin, dass durch Narbenbildung und Organisation der fast stets in solchen Aneurysmen vorhandenen Fibrinmassen eine Heilung derselben zu Stande kommen kann.

M. Cohn (Berlin).

27. **Lazarus-Barlow** (Cambridge). Capillary pulsation and its diagnostic value in diseases of the heart.

(Practitioner 1889. März. p. 174 ff.)

In seinem Buche über die Herzkrankheiten hat Balfour die Behauptung vertreten, dass die kapilläre Pulsation nicht nur keinen pathognomonischen Werth besitze, sondern dass sie überhaupt jedes diagnostischen Werthes entbehre. Durch ihn ist es denn gekommen, dass vielfach angenommen wird, dass man kapilläre Pulsation gar nicht bei Aorteninsufficienz finde, sondern bei vielen anderen Erkrankungen, oder man erkennt zwar die kapilläre Pulsation bei Aorteninsufficienz, spricht ihr aber jeden Werth für die Diagnose ab. L.-B. hat desshalb die Frage noch einmal untersucht und gefunden an einem zahlreichen Material, dass die kapilläre Pulsation im gesunden Zustande nicht vorkommt und eben so bei allen Erkrankungen fehlt, mit Ausnahme solcher des Herzens; von diesen Erkrankungen des Herzens fand sich die Pulsation in mehr wie 83% bei Aortenklappeninsufficienz, in ausgesprochener Form, während in den restirenden 17% zwar das Ostium aortae betroffen war, doch wenig deutlich insufficient, so dass der kapillären Pulsation ein diagnostischer Werth jedenfalls zukommt.

Prior (Köln).

28. **J. Hirschberg.** Die Unregelmäßigkeit der Blutgefäßbreite (des Kalibers der Arterien).

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 202.)

Verf. theilt mehrere neue Fälle mit, in denen Wandverdickung und Verengerung der kleinen Arterien der Ausbildung der typischen Retinitis albuminurica lange Zeit vorausging. Er spricht diese Veränderung als Vorläufer bezw. Ursache der Netzhautentzündung an.

Weinbaum (Marburg).

29. **Wolfner** (Prag-Marienbad). Ein Fall von multipler Venenthrombose bei Fettleibigkeit.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 38.)

47jähriger Mann, bei welchem sich mit zunehmender Fettleibigkeit ausgedehnte Thrombosen der Venen an den Unterextremitäten gebildet hatten. Durch eine Entfettungskur Abnahme des Körpergewichtes um 45 Pfund und bei Beibehaltung eines zweckmäßigen Regimes Erhaltung des normalen Gewichtes. Von weiterer Thrombenbildung blieb Pat. verschont.

Seifert (Würzburg).

30. **M. Fischer.** Zur Kenntnis der Hämophilie.

Inaug.-Diss., München, 1889.

F. giebt den Stammbaum und sorgfältige Erhebungen über eine Bluterfamilie, die in der Nähe von Pforzheim ansässig ist. Dabei ist manches Eigenthümliche. Ein männlicher Bluter pflanzt die Hämophilie auf das ganze Geschlecht fort. In 2. Ehe zeugt er keine männlichen Bluter, wohl aber die Hämophilie fortpflan-

zende Töchter, die zum Theil selbst hämophil veranlagt sind. Erst bei der nächsten Generation stellt sich das bekannte Gesetz der Vererbung ein. 5 Generationen zählen 114 Glieder, wovon 17 Bluter, 13 männliche und 4 weibliche nachgewiesen sind. 7 Familienglieder, 6 weibliche, von denen 2 selbst hämophil sind, und 1 männliches pflanzen die Krankheit fort. Die alte Erfahrung bestätigt sich auch hier wieder. Hämophilie fortpflanzende Ehen sind kinderreicher (8,3) als die anderen (4,4). Von 18 Blutern starben 4 an Verblutung.

Auffallend ist die hohe Zahl weiblicher Bluter. Während nach Grandidier auf 13 männliche Bluter 1 Weib kommt, zählt F. 4 auf 13. Nasen- und Zahnfleischblutungen wiegen vor. Als Nebenaffektionen spielen Rheumatismen und Zahnleiden eine große Rolle. Da das Verhältnis von rothen zu weißen Blutkörperchen etwa 1500 : 1 beträgt, sucht F. das Wesen der Disposition in einer vermehrten Produktion rother Blutkörperchen, in gesteigerter Thätigkeit der blutbildenden Organe, besonders des Knochenmarkes. Die rasche Erholung der Bluter nach großen Blutverlusten spricht dieser Anschauung das Wort. Der Verf. ergeht sich in interessanten und ansprechenden hypothetischen Auseinandersetzungen, die werth sind, im Originale nachgelesen zu werden. Er sieht in der Hämophilie eine Erythrämie oder Erythrocythämie, ein Gegenstück also zur Leukämie. Da öfters chronische Leiden als ätiologische Momente der Hämophilie angegeben werden, glaubt er letztere als zweckmäßige Kompensation der ursprünglichen Dyskrasie, als eine Heilbestrebung der Natur, welche freilich über das Ziel hinausschießt, auffassen zu dürfen. Durch seine Fähigkeit, sich des überschüssigen Blutes auf natürlichen Wegen regelmäßig zu entledigen, ist das Weib als normale Hämophile zu betrachten, daher denn die Symptome der Bluter bei der Frau nicht so zum Ausdruck kommen wie beim Manne. Im ersten Lebensjahre wird überschüssiges Blut zum Aufbau des Körpers zu dringend benöthigt, als dass die Erscheinungen der Hämophilie sich kund geben könnten. So wird manches Bekannte durch die Hypothese geschickt erklärt. **P. Ernst** (Heidelberg).

31. Stark (New York). History of a remarkable case of Polyarthritis deformans.

(New York med. journ. 1889. April 20. p. 429.)

Die Krankengeschichte dieses Pat. ist dadurch beachtenswerth, dass die Erkrankung ungemein hochgradig war und der Verdacht einer spinalen Betheiligung vorlag; der Kranke lag mehr wie 30 Jahre zu Bett und magerte in den letzten 3 Jahren zum Skelett ab; außerdem ist das symmetrische Auftreten der Erkrankung in den verschiedenen Gelenken zu beachten. Aus der Beschreibung heben wir hervor, dass die Familie des Pat. eine starke Disposition zu rheumatischen Störungen hat,; der Pat. selbst, zur Zeit der Beschreibung 59 Jahre alt, erkrankte im Alter von 18 Jahren mit Steifheit in den Hüften, welche Morgens beim Aufstehen offenkundig war. Im Juli 1848, im selben Jahre, wurde plötzlich während eines Spazierganges der Ballen der rechten Zehe schmerzhaft, beide Fußgelenke und Knie schwollen an, Pat. fieberte hoch. Die Schwellung dieser Gelenke nahm langsam ab und im Herbst konnte Pat. mit Hilfe von Krücken oder eines Stockes gehen. Aber von dieser Zeit an nahm die Steifheit zu, langsam aber stetig, so dass 1855 Pat. seiner Bewegung ganz beraubt war und bis jetzt zu Bette lag, also 34 Jahre lang. Allmählich nach einzelnen heftigen Attacken von Entzündung der Augen trat Blindheit ein. 4 Jahre vor dieser Untersuchung wog Pat. 155 englische Pfund, jetzt 68. Mit Bestimmtheit erklärte der Mann, in den letzten Jahren diese Körpergewichtsabnahme erlitten zu haben. Seit 1855 hat er Muskelkrämpfe wiederholt gehabt, während deren er bei Bewusstsein ist. Komplet ankylotisch sind die Ellbogen, Handgelenke, Knie, Fußgelenke, Wirbel, Unterkiefergelenke; nur die Schultergelenke und einige Phalangealgelenke sind ein wenig bewegbar, sonst ist Alles steif und starr. Die Sehnen scheinen vielfach verknöchert, die Finger sind in bekannter Weise subluxirt. Die inneren Organe scheinen gesund, Blase und Mastdarm fungiren gut, der Cremaster- und Bauchreflex ist erhalten, der Patellarreflex und der Achillessehnenreflex können wegen Verknöcherung der

Sehnen nicht geprüft werden. Die Ernährung zu ermöglichen, mussten mehrere Zähne ausgebrochen werden; durch diese Lücken wird die Nahrung in flüssiger oder breiiger Form eingeführt. Die Pulszahl beträgt 45—55 in der Minute, die Abmagerung ist hochgradig, Störungen der Sensibilität liegen nicht vor. Genauere Untersuchungen der Nervengebiete und über elektrische Verhältnisse sind nicht ausgeführt. Auf beiden Augen ist eine Katarakt. **Prior** (Köln).

32. **Lorenz.** Ein Fall von primärem Nierensarkom.

Inaug.-Diss., München, 1889.

L. hätte besser gethan seine Arbeit zu betiteln: »über das primäre Nierensarkom«, denn der Fall, den er selbst neu beschreibt, nimmt nur den kleinsten und letzten Theil des Aufsatzes ein, der nach einer fleißigen Zusammenstellung der veröffentlichten Fälle von primärem Nierensarkom den Versuch einer allgemeinen Pathologie und Symptomatologie dieser Erkrankung enthält.

Das primäre Nierensarkom findet sich bei Weitem am häufigsten bei kleinen Kindern. Unter 26 von L. gesammelten Fällen betrafen 17 Kinder im Alter von 7 Monaten bis $5^3/_4$ Jahren; 8mal wurde es bei Frauen im Alter von 21—60 Jahren und nur 1mal beim Manne vorgefunden. Bezüglich der befallenen Seite, d. h. ob die rechte oder linke Niere häufiger ergriffen wird, lässt sich ein Unterschied nicht konstatiren.

Die Sarkome der Niere nehmen ihren Ausgang meist vom interstitiellen Bindegewebe und entwickeln sich in der Niere selbst; nur in wenigen Fällen war die Niere erhalten. Die Geschwulst erreicht oft eine beträchtliche Größe, 3—12, in einem Falle sogar 14 Pfund Gewicht. Der Tumor ist meist von glatter Oberfläche und rundlicher Gestalt; er ist gewöhnlich von einer derben, glänzenden, fibrösen Kapsel umgeben und besteht aus einem weichen, weißlichen, häufig stellenweise hämorrhagisch erweichtem Gewebe. Die Tumoren sind theils solide, theils elastisch und meistens sind sie durchsetzt von kleineren oder größeren Cysten mit bald hellem, bald blutig tingirtem schmierigem Inhalt. Das Ganze erhält dann einen kavernösen Charakter. Mikroskopisch handelt es sich theils um Spindel-, theils um Rundzellensarkome oder es sind beide Arten von Zellen in einem und demselben Tumor vertreten.

Den verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Nierensarkome steht L. misstrauisch gegenüber; auch die Bedeutung des Traumas hält er für zweifelhaft.

Die Symptome der Erkrankung sind im Prodromalstadium sehr mannigfach und ergeben oft kein einheitliches Krankheitsbild. Von besonderer Wichtigkeit ist natürlich der Nachweis eines Tumors in der Nierengegend. Als weitere Hauptsymptome sind Lumbalschmerz und Hämaturie anzuführen. Viele Kranke leiden an Obstipation, abwechselnd mit heftigen Diarrhoen, an Erbrechen und Übelkeit. Zur Unterscheidung der Natur eines palpirten Tumors ist die Probepunktion auszuführen, die bei Anwendung der üblichen Kautelen keine Gefahr bietet.

Die Behandlung der Nierensarkome kann natürlich nur eine chirurgische sein.

M. Cohn (Berlin).

33. **Redtenbacher.** Ein Fall von Angiosarcoma pericardii.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 11.)

Die primären Erkrankungen des Herzbeutels an Neubildungen bieten der klinischen Diagnose so große Schwierigkeiten, dass die Veröffentlichung so exakt beobachteter einschlägiger Fälle wie der vorliegende immer mit Freude begrüßt werden kann.

Es handelt sich um einen 22jährigen Menschen, der plötzlich unter Schmerzen in der linken Brusthälfte, welche in die Schulter ausstrahlen, erkrankt. Die Untersuchung ergiebt das Vorhandensein der für Pericarditis charakteristischen Verhältnisse. 4 Wochen später heftiger Husten und Auswurf, dann allmählich folgend Erguss in die Pleurahöhlen und den Peritonealsack. Die Punktionsflüssigkeit stark getrübt. Harn ohne Eiweiß und Cylinder. Unter allmählicher Zunahme der

Dyspnoe und der hydropischen Erscheinungen erfolgte der Exitus etwa 4 Monate nach der Aufnahme. Die klinische Diagnose lautete: Tuberculosis serosarum.

Das sehr ausführlich wiedergegebene Sektionsprotokoll nebst mikroskopischer Untersuchung ergab, dass es sich um eine primäre maligne Geschwulst des Herzbeutels handelte, welche an der Herzbasis und über dem rechten Vorhofe zur Entwicklung gelangte und in das Herz eingebrochen war, wodurch es zur multiplen metastatischen Geschwulstbildung in den Lungen kam.

Die histologische Natur der Geschwulst, welche durch den Haupttheil bildende kapillare Blutgefäße und spindelige Zellenelemente charakterisirt ist, lässt den Namen Angiosarkom als passend für dieselbe erscheinen.

Nach Ansicht des Verf. und des Obducenten handelt es sich hier um eine primäre Gefäßgeschwulst und nicht um eine luxurirende Gefäßentwicklung in einem durch chronische Entzündung vorbereiteten Boden, eine Ansicht, die durch den klinischen Verlauf durchaus bekräftigt wird. **M. Cohn** (Berlin).

34. **R. Gast.** Ein Fall von Ophthalmoplegia bilateralis exterior congenita.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1889. p. 214.)

Verf. beobachtete einen Fall von angeborener doppelseitiger Lähmung sämmtlicher äußerer Augenmuskeln und Parese der Oberlidheber. Nur eine minimale Bewegung nach innen und unten war noch zu erzielen. Sphincter pupillae und Accommodationsmuskel funktionirten gut. Die Augenachsen standen parallel. Für die Ferne waren daher keine Doppelbilder vorhanden. Für die Nähe wurden solche spontan ebenfalls nicht angegeben und kamen erst bei Versuchen mit Prismen und rothem Glase dem Pat. zum Bwusstsein. Dabei kesselförmige Exkavation der Sehnervenpapillen, gelber Hof um dieselbe, Pigmentirungsanomalien an der Peripherie des Augengrundes, ähnlich denen bei Retinitis pigmentosa. Verf. supponirt eine Nuclearlähmung des Oculomotorius. **Weinbaum** (Marburg).

35. **Roller** (Brake). Ein Fall von partieller Epilepsie.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 16 u. 17.)

Die 57jährige Frau K., welche erblich in sehr hohem Grade zu Geistesstörung veranlagt war, wurde in ihrem 53. Lebensjahre plötzlich von einem heftigen, mehrstündlichen epileptischen Anfall heimgesucht. Nach langem Intervall traten wieder Attacken ein, in deren Gefolge sich in fortschreitendem Maße amnestische Aphasie und Paraphasie, geistige Schwäche, Depression, Angst- und Erregungszustände zeigten. Die Anfälle betrafen, wie die Anstaltsbeobachtung ergab, nur die rechte Körperhälfte, verliefen in späterer Zeit bei Erhaltensein des Bewusstseins, traten etwa alle 4 Wochen auf und dauerten nicht selten mehrere Stunden an. In den interparoxysmellen Perioden waren außer der Sprachstörung leichte, aber bald verschwindende paretische, bezw. ataktische Erscheinungen der rechten Extremitäten, so wie Sensationen der rechten Hand vorhanden. Bei Fehlen von Glossoparese zeigte sich zuweilen Unmöglichkeit, die Zunge herauszustrecken, ferner gelegentlich Mangel des Muskelgefühls in derselben. In den letzten 4 Tagen des Lebens traten keine Krämpfe, sondern nur Zuckungen der Wangenmuskulatur auf. Außer synostotischen und hyperostischen Veränderungen an dem Schädel, venöser Hyperämie und sulziger Trübung der Leptomeningen an der Konvexität des Gehirns und beträchtlicher Verdickung der Pia über der Insel, fand sich im dorsalen Theil der 3. linken Stirnwindung eine etwa bohnengroße Cyste mit missfarbiger Wandung. Nach oben davon lag eine etwa kirschgroße, weiche, nach unten eine etwas derbe, missfarbige sklerotische Stelle. Im Marklager der Insel war ein dunkelfarbiger Herd von etwa 2 cm Länge vorhanden. Im hinteren Theil des rechten Thalamus optic. zeigte sich eine verfärbte Stelle, im linken Sehhügel gleichfalls eine solche noch weiter nach hinten, beide klein, wenig über punktgroß. Arteriosklerose der Gehirngefäße, besonders der linken Art. foss. Sylvii.

J. Ruhemann (Berlin).

36. **O. Rosenthal** (Berlin). Über einen Fall von partieller Sklerodermie mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombinirt mit Alopecia areata.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 34.)

Bei einem $7^3/_4$ Jahre alten Mädchen haben sich seit dem 4. Lebensjahre folgende krankhafte Veränderungen eingestellt: Auf der linken Gesichts- und Halsseite finden sich eine Anzahl vitiligoähnlicher Flecke, die sich zum Theil infiltrirt anfühlen, eine mäßige Atrophie der linken Gesichtshälfte, deren Haut ziemlich straff ist, und auf derselben Seite des Kopfes eine Anzahl kahler von den Haaren entblößter glatter Scheiben. Es ist das Bild der partiellen Sklerodermie im atrophischen Stadium mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, begleitet von Alopecia areata. In der Litteratur fand R. nur einen gleichen Fall von Gibney. Es handelte sich dabei um ein 9jähriges Mädchen, das von seinem 3. Lebensjahre an erkrankt war und das absolut denselben Symptomenkomplex der 3 erwähnten Krankheiten darbot; nebenbei bestand aber noch Sklerodermie im Gebiete des linken Nervus ischiadicus. R. nimmt als gemeinsame Ursache der drei verschiedenen Affektionen eine Neuritis benachbarter peripherischer trophischer Nerven an.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

37. **Kaiser.** Trauma als ätiologisches Moment der multiplen Sklerose.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Auf das Trauma als ätiologisches Moment der multiplen Sklerose ist bisher nur wenig Werth gelegt worden, obgleich viele Pat. selbst ihre Krankheit mit Bestimmtheit davon ableiten. Es ist in der Litteratur eine ziemlich erhebliche Anzahl von Fällen beschrieben worden, bei denen absolut keine andere Veranlassung zur Erkrankung gefunden werden kann, als eine voraufgegangene schwere Verletzung, die entweder das Centralnervensystem selbst oder die peripheren Nervenbahnen in Mitleidenschaft gezogen hat. Verf. hat daher aus der Litteratur einige Fälle von multipler Sklerose nach Trauma gesammelt, bei denen die Diagnose intra vitam gestellt und später durch die Sektion bestätigt worden ist und fügt diesen zwei derartige in der Mendel'schen Poliklinik beobachtete zu.

In allen Fällen entwickelten sich die ersten Krankheitserscheinungen so unmittelbar im Anschlusse an ein Trauma, dass man unbedingt den Einfluss desselben auf das Leiden zugeben muss. Verf. lässt dahingestellt, welche Veränderungen dabei im Nervensystem vor sich gehen; es scheint ihm jedoch sicher zu sein, dass sich als Folge einer Gewalteinwirkung sehr wohl irgend welche abnorme Zustände entweder in der Substanz des Gehirns, Rückenmarkes und peripheren Nervenbahnen selbst oder auch in dem zuführenden Gefäßsystem entwickeln können, welche dann sekundär zu Bindegewebswucherung etc. zu führen im Stande sind.

M. Cohn (Berlin).

38. **Pal.** Über einen Fall von Muskelhypertrophie mit nervösen Symptomen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 10.)

Ein 24jähriger Tagelöhner wird mit Klagen über Schmerzen in der rechten oberen und unteren Extremität und darüber, dass er die rechte Hand nicht vollkommen zu beherrschen vermöge, ins Spital aufgenommen. Pat. soll im 2. Lebensjahre nach einem Krampfanfall eine Lähmung der rechten Körperhälfte erlitten haben, die aber bald zurückging, wonach sich die Funktionstüchtigkeit dieser Körperhälfte so weit besserte, dass Pat. im 20. Lebensjahre Feldarbeit ausführen konnte. Damals bemerkte Pat., dass seine Muskeln voluminöser wurden, während er sich immer schwächer fühlte. Diese Zunahme der Muskeln soll zuerst auf der linken Seite, kurze Zeit später auf der rechten aufgetreten sein. $1^1/_2$ Jahre vor der Aufnahme zum ersten Male tonische Krämpfe der rechten Extremitäten, welche sich zeitweise häuften und besonders bei Berührung feuchtkalter Gegenstände sich einstellten. In gleicher Zeit stellten sich unwillkürliche Bewegungen der

rechten Hand ein, ferner Verlangsamung der Sprache, Schmerzhaftigkeit in der rechten Schultergegend und Hyperidrosis, besonders rechts.

Stirn niedrig; M. frontalis verdickt; im Gesicht überwiegt der Tonus der Muskulatur der rechten Gesichtshälfte. Der rechte Masseter massiger. Pupillen ungleich, rechte etwas weiter. Einzelne Muskelgruppen besonders stark entwickelt: Schultermuskulatur rechts, Muskulatur des linken Ober- und Vorderarmes, Bauchmuskeln, Muskulatur des linken Ober- und Unterschenkels, besonders auffällig der linke Vastus externus. Finger der rechten Hand zeigen an Athetose erinnernde Bewegungen. An der rechten oberen Extremität tonische Krämpfe, bisweilen auch an der rechten Unterextremität. Aktive Bewegungen rechts verlangsamt, passive erschwert. Reflexe beiderseits gesteigert, besonders rechts. Während der Krampfanfälle Hyperidrosis.

Ein aus dem rechten Biceps excidirtes Muskelstückchen erwies sich als stark hyperämisch, die mikroskopische Untersuchung ergab Vermehrung der Kerne in geringem Grade. Elektrische Verhältnisse quantitativ normal, in allen Muskeln blitzartige Zuckungen, sowohl bei direkter als indirekter Reizung prompte Erschlaffung.

P. lässt es unentschieden, ob es sich hier um eine von der nervösen Erkrankung unabhängige Muskelhypertrophie oder aber um eine mit einem nervösen Process in ursächlichem Zusammenhang stehende Erkrankung handelt. Drittens erörtert Verf. die Möglichkeit, dass sich unabhängig von dem in der Jugend erworbenen Herde eine besondere Neuropathie entwickelt hätte, deren klinisches Bild durch die Erscheinungen des vorhandenen Herdes verzerrt wird, in dessen Gefolge aber eine Muskelhypertrophie entstanden ist. **M. Cohn** (Berlin).

39. **Franke** (Hamburg). Zur Kenntnis der Hornhautentzündung nach Trigeminuslähmung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Bei einer 45jährigen Frau, die früher eine Zeit lang an heftigem halbseitigem Kopfweh und Erbrechen gelitten hatte, stellte sich plötzlich eine rechtsseitige Facialis-, Trigeminus- und Acusticuslähmung ein. Erst 4 Wochen nach dem Eintritt dieser Lähmungen entwickelte sich ein Hornhautgeschwür. Auffallend war, dass ganz plötzlich, nachdem das Geschwür in der Mitte fast bis zur Descemet'schen Haut vorgedrungen war, ein Stillstand in dem Entzündungsprocesse und weiterhin eine entschiedene Besserung eintrat.

F. scheint sich am meisten der Annahme zuzuneigen, dass es sich um die Entwicklung einer langsam wachsenden Geschwulst an der Gehirnbasis zwischen rechtem Facialis- und Trigeminusstamm handeln mag. **Seifert** (Würzburg).

40. **J. Hirschberg.** Die Hornhautentzündung bei angeborener Lues.

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 201.)

Verf. theilt einen neuen Fall mit, der wieder recht deutlich als Residuen dieser Krankheit ein nur mikroskopisch sichtbares vielmaschiges Netz von Blutgefäßen in der Hornhaut und peripherische Herde im Augengrunde erkennen ließ.

Weinbaum (Marburg).

41. **Ziem.** Intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 38.)

Interessante weitere Beiträge zur Lehre von den Beziehungen der Nasenerkrankungen zu Augenleiden. In den 7 mitgetheilten Fällen handelte es sich um Eiterungen in der Kieferhöhle mit Einschränkung des Gesichtsfeldes, die in einem Theil der Fälle ziemlich stark, in anderen eine geradezu hochgradige war. Durch die Behandlung des Nasenleidens wurde das Gesichtsfeld zum Theil wieder normal, zum Theil wesentlich vergrößert und zwar war es auffällig, wie in einem Theil der Fälle schon nach einfachen Nasenausspülungen das Gesichtsfeld rasch sich vergrößerte. Auch die Sehschärfe ist in 4 Fällen größer geworden, eben so die Accommodationsbreite, ferner war auch in 2 Fällen eine Veränderung der Refraktion während der Behandlungsdauer nachweisbar. Objektive Spannungserhöhung

des Bulbus konnte nicht konstatirt werden. Die ophthalmoskopische Untersuchung hat, mit Ausnahme eines Falles (normale Verhältnisse), venöse Hyperämie der Papille ergeben.

Diese Störungen sieht Z. nicht als Reflexwirkung an, sondern hält sie für bedingt durch eine in den einzelnen Fällen verschieden starke Anschoppung im Gebiete des Ciliarbogens (Stauung von den Nasen- und Kieferhöhlenvenen nach den Venen der Orbita und des Bulbus). **Seifert** (Würzburg).

42. **Nicaise.** De la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'oesophage.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 43.)

Verf. hat in 2 Fällen von krebsiger Verengerung der Speiseröhre die Gastrostomie ausgeführt und berichtet über den Erfolg der Operation. Bei dem ersten 75jährigen Pat. wurde in extremis operirt; der Mann überlebte unter Einführung einer überaus kräftigenden Diät die Operation 5 Monate lang. Bei dem zweiten 47jährigen Individuum wurde die Anwendung der Verweilsonde versucht. Der Kranke konnte dieselbe aber stets nur mehrere Stunden lang ertragen, so dass auch bei ihm zur Gastrostomie geschritten werden musste. Bei der nun folgenden künstlichen Ernährung stellte sich eine Gastritis (in Folge von Überladung des Magens) ein, und der Pat. starb etwa 14 Tage nach der Operation.

N. hält die Gastrostomie für das beste Verfahren in der Therapie der krebsigen Speiseröhrenverengerung, da dasselbe, wie der erste Fall beweist, eine relativ längere Zeit durchzuführende Ernährung des Kranken gestattet. Das Carcinom führt nicht allein durch seine Malignität, sondern auch besonders durch die Behinderung der Nahrungsaufnahme den Tod der betroffenen Individuen herbei. Kann also genügende Zufuhr von Speisen stattfinden, so wird das Eintreten des Exitus hinausgeschoben. Der Katheterismus ist schwierig ausführbar, reizt die krebsig afficirten Stellen, ist oft schmerzhaft, bewirkt bisweilen falsche Wege (doch nur bei sehr unvorsichtiger Ausführung! d. Ref.). Die Verweilsonde hat in einigen Fällen gute Ergebnisse in Beziehung auf die Möglichkeit der Ernährung geliefert, sie wird aber öfters, wie z. B. im zweiten Falle des Verf., nicht vertragen. **G. Meyer** (Berlin).

43. **S. Engel.** Zur Behandlung der Lungenschwindsucht mit Kreosot.

(Therapeutische Monatshefte 1889. November.)

Verf. unterzieht die Untersuchungen von Cornet, welcher Meerschweinchen durch Injektion von Tuberkelbacillen aus Reinkulturen in die Bauchdecke oder durch Inhalation derselben schwere Tuberkulose trotz andauernder Einverleibung von Kreosot beibrachte, einer eingehenden Kritik und kommt zu dem Schlusse, dass es nicht möglich sei, die Resultate dieser Thierexperimente auf den Menschen zu übertragen und zwar aus folgenden Gründen:

1) Es wurden durch die Injektion und Inhalation der Reinkulturen mehrere Hundert Millionen Bacillen auf einmal dem Körper einverleibt, welche Verhältnisse bei der Entstehung der Phthise nicht in Betracht kommen können.

2) Die künstlich inficirten Thiere erkrankten gar nicht an chronischer Lungentuberkulose, sondern an akuter Miliartuberkulose.

3) Die Untersuchungen haben nur gezeigt, wie das Meerschweinchen sich gegen derartige Infektion mit Tuberkulose verhält und dürfen daher nicht auf den Menschen übertragen werden.

Schließlich empfiehlt Verf. noch besonders die Jasper'schen Kreosotpillen, so wie eine Mischung von Kreosot, Kognak und Milch. **Rosin** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. **Sonnabend, den 15. März.** **1890.**

Inhalt: 1. **Löwit**, Blutplättchen. — 2. **Silbermann**, Intravitale Gerinnungen bei akuten Intoxikationen. — 3. **Rummo** und **Ferrannini**, 4. **Ferrannini**, 5. Derselbe, Pathologie der Magenkrankheiten. — 6. **Doeblin**, Einwirkung der Diphtherie auf das Herz. — 7. **Bouveret**, Paroxysmale Tachykardie. — 8. **Kny**, Chloralamid. 9. **Hagemann** und **Strauss**, Chloralamid. — 10. **Mosler**, Ansteckende Formen von Lungenentzündung. — 11. **Kartulis**, Tropische Leberabscesse. — 12. **Polyak**, Xanthoma multiplex. — 13. **Sjoström**, Morbus Addisonii. — 14. **Sajkovic**, Idiopathische Herzerkrankungen. — 15. **Adamük**, Retinitis albuminurica. — 16. **B. Fraenkel**, Tonsillen. — 17. **Kersting**, Zungentonsille. — 18. **Dinkler**, Schwarze Haarzunge. — 19. **Terrillon**, Blasentumor. — 20. **Kittel**, Behandlung tuberkulöser Affektionen mit Perubalsam. — 21. **Ali-Cohen**, Eigenbewegung bei Mikrokokken. — 22. **Becker**, Schwefelkohlenstoff-Amblyopie. — 23. **C. Heimann**, Cocainepilepsie. — 24. **Nothnagel**, Diagnose der Sehhügelerkrankungen. — 25. **Lloyd u. Deaver**, Rückenmarkstumor. — 26. **v. Gyurkovechky**, Sauerstoffinhalationen.

1. **M. Löwit** (Innsbruck). Über die Präexistenz der Blutplättchen und die Zahl der weißen Blutkörperchen im normalen Blute des Menschen.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 545.)

Zur Stütze seiner — bekanntlich schon in vielen Arbeiten ausgesprochenen — Anschauung, dass die Blutplättchen nicht als präformirte Gebilde im normalen cirkulirenden Blut vorhanden sind, veröffentlicht L. in dem vorliegenden Aufsatz eine Untersuchungsmethode, welche es ermöglicht, den Beweis für das Fehlen der Blutplättchen auch im unveränderten extravasalen Blut zu erbringen. Er benutzte bei seinen Untersuchungen theils sein eigenes Blut, theils das eines zweiten gesunden Individuums. Der aus dem Finger entnommene Blutstropfen wird unmittelbar in eine Mischung von Oleum ricini und Oleum jecoris aselli gebracht, deren specifisches Gewicht (zwischen 0,9500 und 0,9646) derart gewählt ist, dass der Blutstropfen in derselben allmählich spontan zu Boden sinkt und

sich auf dem mit Vaseline bestrichenen Objektträger in dünner Schicht ausbreitet. Das Ölgemenge und der zur Beobachtung benutzte Objektträger müssen auf konstanter Temperatur von 37—38° erhalten werden. Bei gelungenen Versuchen erkennt man, dass Blutplättchen in dem unmittelbar dem Gefäßsystem entnommenen Blute nicht vorhanden sind. Sie treten aber sofort auf, wenn der Blutstropfen mechanischen Eingriffen (Auflegen des Deckgläschens, Berührung mit einer feinen Nadel oder Borste) ausgesetzt wird, oder wenn die Temperatur desselben auf 30—35° C. sinkt. Die Blutplättchen sind also in dem normalen und unter normalen Verhältnissen strömenden Blut nicht vorgebildet. Sie entstehen theils durch Ausfällung des im Plasma gelösten Globulins — denn in ganz kleinen Tröpfchen, welche kein weißes Blutkörperchen enthalten, sieht man doch Blutplättchen sich bilden —, theils durch Zerfall weißer Blutkörperchen. Dieser letztere Vorgang lässt sich im erwärmten Öl, da er langsamer vor sich geht als sonst, besser beobachten. Der Verf. konnte durch vergleichende Zählungen der weißen Blutkörperchen in unverändertem und mehr oder weniger verändertem extravasalen Blut (wie man es bei den gebräuchlichen Untersuchungsmethoden vor sich hat) konstatiren, dass diese Zellen sehr schnell zerfallen und dass etwa 80,5% derselben sehr bald nach der Entleerung des Blutes verschwinden.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **O. Silbermann.** Über das Auftreten multipler intravitaler Blutgerinnung nach akuter Intoxikation durch chlorsaure Salze, Arsen, Phosphor und einige andere Blutgifte.

(Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie Bd. CXVII. Hft. 2.)

S. hat sich die Aufgabe gestellt, zu prüfen, ob bei den Vergiftungen mit »Blutgiften« auch intravitale Blutgerinnungen entstehen können, welche alsdann gewisse schwere Krankheitserscheinungen sehr wohl erklärten; als Folge der giftigen Substanz allein sind diese schweren Symptome (Konvulsionen, blutige Stühle etc.) andernfalls nur schwer zu erklären.

So gelang es S. bei der Sektion moribunder mit Chloraten vergifteter Kaninchen und Hunde in 17 Thieren unter 21 Fällen Blutgerinnungen in den verschiedensten Organen, so im rechten Herzen, im Stamm und einzelnen Zweigen der Art. pulmonalis, bald in den Venae cavae, in einzelnen Pfortaderzweigen und in der Nierenvene zu finden. Fast immer wurden auch Blutungen in Nieren, Lungen, Magen- und Darmschleimhaut gleichzeitig beobachtet.

Außer diesem mehr grobanatomischen Nachweise der Blutgerinnungen wandte S. zum Nachweise der Gerinnselbildungen in den feineren Gefäßen die Methode der »Selbstinjektion« an, sowohl mittels Indigokarmin und noch besser mittels des Phloxins, eines dem Eosin nahe verwandten Körpers. Sehr häufig enthielt das Herz Gerinnsel, am wenigsten enthielt die Leber. Die gleichen Befunde wie nach

Chlorat fanden sich nach Vergiftung mit Glycerin, Pyrogallol, Anilin und Toluylendiamin, eben so auch bei Arsenik und bei Phosphor; für die Verlegung feinerer Gefäße war die Marmorirung bezw. ungleiche Färbung der Organe sehr charakteristisch und war bei Phosphorintoxikation ausgeprägter wie bei Arsenvergiftung. Ihrer Entstehung nach erklärt S. diese Marmorirung als Kapillarthrombosen. Die größeren Gerinnsel seien Stagnationsthrombosen; die Annahme von Embolien sei unwahrscheinlich.

Die blutschädigenden Wirkungen von Arsenik und Phosphor lassen sich nach S. am Froschblut mikroskopisch besser beobachten wie am Säugethierblut.

Die Entstehung zahlreicher Thrombosen ist demnach die Folge einer Dyskrasie des Blutes in Folge des Giftes. S. zieht dann auch mit seinen Befunden die von Heineke, Jolles, Scheiding, so wie von E. Kaufmann bei Sublimatintoxikation beschriebene »Fermentintoxikation« zum Vergleich heran und glaubt, dass für die Vergiftung durch Kohlenoxydgas, Schlangengift und Skorpionbiss am Lebenden sich das Gleiche wird nachweisen lassen.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

3. **G. Rummo** e **A. Ferrannini.** Fisipatologia e clinica delle malattie dello stomaco. Influenza degli acidi del contenuto gastrico sulle fermentazioni dello stomaco.

(Riforma med. 1889. No. 180—184.)

Folgendes das Ergebnis zahlreicher und genauer Untersuchungen: Die Entwicklung der Alkoholgährung wird durch kleine Mengen (0,5‰) Salzsäure erheblich, durch Essigsäure in gleicher Concentration wenig, durch dieselbe Menge Milchsäure und Buttersäure gar nicht beeinträchtigt; sie wird durch mittlere Mengen (1—2‰) Salzsäure völlig unterdrückt, durch mittlere Mengen Essigsäure merklich abgeschwächt, durch mittlere Mengen Milchsäure und Buttersäure einigermaßen berührt; sie wird durch große Mengen (3—5‰) Salzsäure stets und völlig aufgehoben, durch große Mengen Essigsäure, Milchsäure, Buttersäure entweder bedeutend abgeschwächt oder durchaus unterdrückt.

Lässt man die genannten Säuren auf Speichel einwirken, bevor man diesen einer Stärkekleisterprobe zusetzt, so ergiebt sich, dass die Salzsäure nur in sehr beträchtlicher Verdünnung (0,001‰) die amylolytische Kraft des Speichels unbeeinflusst lässt, während schon eine wenig stärkere Koncentration dieser Säure stets und völlig jene Speichelwirkung behindert; dass Essigsäure in kleinen (0,25‰), mittleren (1—2‰) und großen (3—5‰) Mengen die Amylolyse im Speichelstärkegemisch unterdrückt; dass Milchsäure in kleinen Mengen (0,25‰) diese abschwächt, in mittleren (1—2‰) und großen (3—5‰) sie unterdrückt; dass Buttersäure erst durch große Mengen (3—5‰) das Eintreten der Amylolyse verhindert.

Hat man das Gemisch aus angesäuertem Speichel und Stärke-

abkochung eine lange Zeit hindurch stehen lassen, etwa 15 Stunden, so kann die amylolytische Kraft des Speichels zum Theil wieder regenerirt werden durch Neutralisation der Säuren, wenn es sich um Essigsäure, Milchsäure oder Buttersäure und selbst um große Mengen (3‰) derselben handelt. Die mit Salzsäure versetzten Gemische hingegen zeigen nach Neutralisirung der Säure keine Spur von Ptyalinwirkung, auch da nicht, wo nur kleine Mengen von Salzsäure (0,01‰) in Anwendung gekommen waren.

Wird die Neutralisirung der Salzsäure hingegen schon nach 20 Minuten vorgenommen, so kann die Amylolyse, wenn auch sehr schwach, wieder in Gang gerathen, gleichviel ob kleine oder große Mengen von Salzsäure dem Speichel zugesetzt worden waren.

Setzt man Salzsäure zu einem Speichelstärkekleistergemisch, in welchem die Amylolyse bereits eine Stunde lang im Gange ist, so wird der Process bei Anwendung kleiner (0,25‰) und mittlerer (1—2‰) Säuremengen merklich abgeschwächt, bei Anwendung großer Mengen (3—5‰) ganz beträchtlich eingeschränkt, der Fortgang des Processes aber nicht völlig unterdrückt.

Die in Rede stehenden Säuren wirken auf den Speichel ein und auf sein lösliches Ferment, das Ptyalin, nicht jedoch auf das Verdauungssubstrat, die Stärke.

Die putride Fermentation wird stets und völlig durch die Gegenwart von Salzsäure und Essigsäure behindert, mag es sich um kleine (0,5‰), mittlere (1—2‰), oder große (3—5‰) Säuremengen handeln; sie wird nicht beeinflusst von Milchsäure in kleiner Menge (0,5‰), aber stark abgeschwächt von mittleren (1—2‰) und großen (3—5‰) Mengen der Säure; sie wird von Buttersäure in den gedachten kleinen Dosen abgeschwächt, von derselben in mittlerer und starker Koncentration durchaus unterbrochen.

Die Milchsäuregährung und Buttersäuregährung findet in kleinen Mengen von Salzsäure und Essigsäure (0,5‰) ein geringes Hindernis, wird von mittleren Mengen dieser Säuren (1—2‰) erheblich beeinträchtigt und von großen Mengen (3‰) bedeutend abgeschwächt.

Bei Berücksichtigung gleicher Koncentration erweist sich die hemmende Kraft, welche Salzsäure auf die verschiedenen Gährungen übt, die im Magen statthaben können, stets der Kraft der übrigen Säuren, welche an der Zusammensetzung des Mageninhaltes theilnehmen können, also der Essigsäure, der Milchsäure und der Buttersäure, überlegen. **G. Sticker** (Köln).

---

4. **Ferrannini.** La proteolisi nei casi di assenza di acido cloridrico e contributo alla patogenesi di questa assenza nel carcinoma dello stomaco. (Rummo e Ferrannini. Fisiopatologia e clinica delle malattie dello stomaco.)

(Riforma med. 1889. No. 196—199.)

Durch neue Untersuchungen bestätigt der Verf. die bekannte Thatsache, dass in Fällen von Fehlen (freier, wirksamer) Salzsäure

im Mageninhalt beim Menschen die Milchsäure und Buttersäure, welche unter den gedachten Verhältnissen durch Gährung im Magen entstehen, die Funktion der normalen Säure bei der Proteolyse zum Theil übernehmen können. Er findet, dass der Antheil der genannten organischen Säuren an der Proteolyse im Magen sich in erheblichem Maße nur dann bemerklich macht, wenn die Säuren mindestens in einer Koncentration von $1^0/_{00}$ vorhanden sind; dass das absolute Maß der Proteolyse, so weit diese von der Wirkung der Milchsäure und Buttersäure abhängig erscheint, stets in geradem Verhältnis zur Menge der Säuren steht. Er weist nach, dass das Fehlen freier Salzsäure beim Magenkrebs nicht einzig die Folge einer neutralisirenden Wirkung des Krebssaftes sein kann und weder durch die Alkalescenz des letzteren, wie Bamberger dachte, noch durch eine besondere chemische Zusammensetzung desselben, wie Riegel glaubte, bedingt ist; dass auch nicht eine große Menge von stagnirenden Albuminaten nach Schäffer oder von Schleim nach Jaworski und Gluzinski daran Schuld ist; dass vielmehr der Grund jenes Fehlens vornehmlich und in letzter Instanz in der Verminderung oder völligen Unterdrückung der Salzsäuresekretion liegt, wie zuerst Sticker und Hübner höchst wahrscheinlich gemacht haben, und dass diese Sekretionsbehinderung als Folge des Ausfalles der Drüsenelemente durch eine sklerosirende Gastritis aufgefasst werden muss, wenn einerseits die Beobachtung, dass Salzsäuremangel bei Magenkrebs und Magenatrophie zusammenfallen (Ewald, Lewy, Stiénon, Ferrannini), sich als die Regel erweisen, andererseits in den Ausnahmefällen von Salzsäureabsonderung bei Magenkrebs die Schleimhaut des Magens unversehrt gefunden wird.

G. Sticker (Köln).

---

5. **Ferrannini.** L'azione antifermentativa dell' acido cloridrico e del naftolo-β nelle gastropatie con assenza di acido cloridrico. (Rummo e Ferrannini. Fisiopatologia e clinica delle malattie dello stomaco.)

(Riforma med. 1889. No. 222—224.)

In den Fällen von Magenerkrankung, welche mit dem Fehlen freier Salzsäure einhergehen, also namentlich beim Magenkrebs, erscheint als wichtige therapeutische Indikation eine antiseptische Behandlung des Mageninhaltes wegen der objektiven und subjektiven Störungen, die aus der Entwicklung abnormer Fermentationen unter jenen Verhältnissen hervorgehen.

Die künstliche Ansäuerung des Mageninhaltes durch große Gaben von Salzsäure (2—4 g innerhalb 24 Stunden) erwies sich, wie in den ähnlichen Versuchen Riegel's unmöglich, in so fern bereits 5 Minuten nach Zufuhr der Salzsäure in den reingewaschenen Magen es nie gelang, die Säure im Ausgeheberten mehr nachzuweisen (»Zerstörung der Salzsäure«); und eben so war die Säure völlig

wirkungslos den Gährungen gegenüber, wie sie bald nach Aufnahme von Speisen sich im Magen entwickelten.

Dagegen war die Darreichung von β-Naphthol zu 0,4 g alle Stunden nach den Mahlzeiten bei einer Tagesdosis von 4 g, eben so wie die Auswaschung des Magens mit einer 0,4%igen β-Naphthollösung vor den Mahlzeiten im Stande, die Milchsäure- und Buttersäuregährung völlig zu beseitigen.

Zum Nachweis des β-Naphthol im Filtrat des Ausgeheberten empfiehlt F. das Aufkochen von 5 ccm der Flüssigkeit nach Zusatz von 5—6 Tropfen Salpetersäure, wobei eine erdbeerrothe Färbung entsteht. **G. Sticker** (Köln).

---

6. **Doeblin.** Über die Einwirkung der Diphtherie auf das Herz.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Nach einer Übersicht der über die Herzaffektionen bei Diphtherie angestellten Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass Herzthrombose und Endocarditis als Folgekrankheiten der Diphtherie und Ursache des tödlichen Collapses auszuschließen seien, erstere, weil sie nur postmortal oder höchstens erst kurze Zeit vor dem Tode zu Stande kommt, also nicht Ursache, sondern Folge des Todes ist, die letztere, weil sie einmal nur sehr Wenige beobachtet haben wollen, und dann, weil nachgewiesen wurde, dass Granulationen, wie sie auf den Atrioventricularklappen beschrieben und als Beweis der Endocarditis gedeutet wurden, sich in den Herzen von Kindern befanden, die an den verschiedensten Krankheiten gestorben waren. Anzuerkennen ist die Affektion des Herzfleisches, die sich makroskopisch kennzeichnet durch Brüchigkeit der Muskulatur, zahlreiche Ekchymosen, Dilatation und Verdünnung der Wandungen, mikroskopisch durch intermuskuläre Kernwucherungen und Ablagerung von Pigmentschollen, durch wachsige Degeneration der Muskelfasern und körnigen Inhalt, so wie durch mehr oder minder starke Verfettung. Diese Myocarditis ist als eine Folge des Eindringens des diphtheritischen Kontagiums in die Herzmuskulatur anzusehen, eine Anschauung, die durch experimentelle Untersuchungen von Letzerich und Rosenbach erläutert wird.

Bezüglich der klinischen Erscheinung dieser Herzaffektion unterscheidet Verf. zwischen Fällen, wo auf der Höhe der Erkrankung Herzlähmung eintritt, und solchen, wo der tödliche Collaps erst längere Zeit nach völliger Heilung erfolgt; letztere Fälle fordern zu ganz besonderer Vorsicht beim Stellen der Prognose auf; die Herzlähmung wird gewöhnlich durch heftiges Erbrechen eingeleitet. Die physikalische Untersuchung des Herzens ergiebt dabei gewöhnlich ein negatives Resultat.

Verf. erörtert dann die Frage, ob die Herzlähmung lediglich eine Folge der Myocarditis sei oder ob sie auch vom Nervensystem

ausgehen könne, und kommt zu dem Schlusse, dass Vagusaffektion oft als Hauptmoment für den tödlichen Ausgang anzusehen ist.

Die schließlich hinzugefügten therapeutischen Bemerkungen enthalten nichts Neues. **M. Cohn** (Berlin).

---

7. **Bouveret.** De la tachycardie essentielle paroxystique.

(Revue de méd. 1889. No. 9 u. 10.)

Im Jahre 1885 beobachtete Verf. einen 45jährigen Pat., der sich ins Spital aufnehmen ließ, weil er seit einigen Tagen an plötzlich aufgetretenem, sehr heftigem Herzklopfen litt. Derartige Zufälle hatten sich seit einiger Zeit in gewissen Zwischenräumen wiederholentlich eingestellt. Der Radialpuls war kaum fühlbar, am Herzen konnte man mehr als 200 regelmäßige Schläge in der Minute zählen; die Herztöne waren vollkommen rein. Dabei zeigte das Allgemeinbefinden des Pat. so wenig Störung, dass man die Annahme einer organischen Herzerkrankung sogleich fallen lassen musste. Wahrscheinlicher erschien eine Paralyse des N. vagus, vielleicht durch den Druck eines Mediastinaltumors verursacht. Plötzlich aber hörte die Pulsbeschleunigung auf, der Puls zählte 60—70 in der Minute, völlig gleichmäßig. Der Pat. blieb noch einige Tage in Beobachtung, ohne dass irgend ein organisches Leiden entdeckt werden konnte und verließ dann völlig gesund das Spital.

B. hat am Ende des vorigen und Anfang dieses Jahres zwei Fälle der gleichen Erkrankung, bei denen die Anfälle allerdings heftiger und länger dauernd waren und zu sekundären Störungen und schließlich zu Exitus führten, beobachtet. Er giebt die ausführlichen Krankengeschichten dieser Fälle wieder und zeichnet dann in kurzen Zügen die in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen, die im Ganzen 11 betragen, um auf dieser Grundlage ein Bild dieser interessanten Erkrankung aufzubauen.

Man hat zunächst zu unterscheiden zwischen Anfällen von kurzer und solchen von längerer Dauer. Bei der ersteren ist eine außerordentliche Pulsbeschleunigung fast das einzige Symptom: die Pulszahl beträgt ca. 200 Schläge in der Minute; in einigen Fällen wurden bis zu 300 Pulse gezählt. Das Gesicht ist dabei blass, leichte Dyspnoe bisweilen vorhanden, ferner subjektive Empfindung des Übelseins. Der Anfall tritt plötzlich auf und verschwindet eben so plötzlich nach einer Dauer von einigen Minuten bis zu 2—3 Tagen, ohne außer leichter Abgeschlagenheit irgend ein Zeichen zu hinterlassen.

Ernster gestalten sich die Anfälle von längerer Dauer. Diese dauern wenigstens 5—6 Tage, können sich aber auch auf mehrere Wochen erstrecken. Auch hier bleibt zunächst die Pulsbeschleunigung das wesentlichste Moment; am 5. oder 6. Tage aber stellen sich sekundäre Störungen der Respiration und Cirkulation, beruhend auf Herzschwäche und Dilatation und Anfüllung der Herzkammern, ein. Die Herzschwäche zeigt bald ihren verderblichen Einfluss auf den Lungenkreislauf: es kommt zu starkem Husten, häufigem blutigen Auswurf, oft zu hämorrhagischen Infarkten, starker Dyspnoe. Dann stellt sich Cyanose, Stauung in den Jugularvenen, Leber- und Milzschwellung, Verminderung der Urinsekretion und

Albuminurie, Ödem ein. Oft endigt der Tod dann rapid den traurigen Zustand dieser Kranken. Wenn der Anfall günstig verläuft, so fällt auch hier die Pulsfrequenz plötzlich auf die physiologische Ziffer herab, während welchen Vorganges die Kranken oft ganz eigenartige Sensationen (Todesfurcht, Gefühl des Reißens eines Organes) haben. Die Symptome von Seiten der Lunge verschwinden langsam, während die Urinsekretion gewöhnlich bald zur Norm zurückkehrt. Gewöhnlich klagen die Pat. dann noch längere Zeit über Schwäche und Mattigkeit.

In der Zeit zwischen den einzelnen Attacken ist das Befinden der Pat. meist ein völlig ungestörtes. Die Wiederkehr der Anfälle ist stets zu befürchten; die Intervalle sind sehr schwankend, von wenigen Tagen bis zu einigen Monaten. Meist werden die Anfälle mit der jedesmaligen Wiederkehr längerdauernd und schwerer. Einige Pat. hatten nur kurze Anfälle, die meisten litten an beiden Formen. Die Dauer der ganzen Krankheit ist schwer bestimmbar: sie dauerte bei einigen Kranken 3—15 Jahre. Die bisweilen eintretende Heilung kündigt sich durch kein Symptom an. Die Prognose ist auch in den einzelnen Anfällen schwer zu stellen und hängt von dem Ernste der sekundären Erscheinungen ab.

Die paroxysmale Tachykardie ist bei Kindern noch niemals beobachtet worden; in den beschriebenen Fällen schwankt das Alter zwischen 19 und 52 Jahren. Einfluss des Geschlechts war nicht zu konstatiren. Eine hereditäre neuropathische Anlage scheint gleichfalls für das Entstehen der Erkrankung nicht in Betracht zu kommen. Verf. glaubt, dass längere Zeit fortgesetzte angestrengte körperliche und geistige Thätigkeit zum Zustandekommen der Erkrankung disponirt.

In einem weiteren Kapitel bespricht Verf. sodann einige Fälle, wo Klappenfehler — und zwar solche der Aorta — mit Tachykardie kombinirt waren. Die letztere erreicht in diesen Fällen nicht die Stärke wie in den reinen Fällen, ist weniger gleichmäßig und auch im Eintreten und Aufhören weniger plötzlich.

Ein Sektionsbefund von einem Pat. mit reiner paroxysmaler Tachykardie liegt bisher nur einmal vor und das Ergebnis dieser Sektion war ein völlig negatives. In einer Erörterung über die Natur der Erkrankung kommt B. nach kritischer Würdigung der aufgestellten Hypothesen zu dem Schlusse, dass es sich wahrscheinlich um eine Neurose des motorischen Herznerven, des Vagus handelt.

Die Behandlung der Kranken während des Anfalles muss vorwiegend allgemeiner Natur sein; mit Medikamenten wie Digitalis, Koffein, Amylnitrit lässt sich nur selten Besserung erzielen. Wirksam war in einigen Fällen die von Czermak zuerst angegebene Kompression des Vagus in der Halsgegend. In der anfallsfreien Zeit haben die Kranken hauptsächlich jedwede Anstrengung zu vermeiden; die oft vorhandene Anämie ist durch Darreichung geeigneter Präparate zu erkämpfen. **M. Cohn** (Berlin).

8. **Kny.** Chloralformamid, ein neues Schlafmittel.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

Das von E. Schering auf Veranlassung des Prof. Mering hergestellte Chloralamid hat K. physiologisch und therapeutisch geprüft. Er gab es in Dosen von 2 g bei Kaninchen, fand hier, dass es ein vollkommen unschädliches Hypnoticum sei und dass es im Gegensatz zum Chloralhydrat keine herzlähmende Wirkung besitze. Therapeutisch wurde es in Dosen von 1,5—4 g verabfolgt. Es wirkt in Fällen von einfacher Schlaflosigkeit zwar später und weniger energisch als Chloralhydrat, ist aber weniger ätzend und von weniger unangenehmen Geschmack. Seine Wirkung erfolgt durch langsame Spaltung in Chloralhydrat und Formamid vermittels des Blutalkalis, das Formamid wirkt dabei erregend auf das Gefäßcentrum in der Medulla und paralysirt so die schädliche Wirkung des gebildeten Chloralhydrats. Zu empfehlen ist es bei Schlaflosigkeiten, die nicht mit Schmerzen oder starken Reizerscheinungen anderer Art einhergehen.

Rosin (Breslau).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

9. **Hagemann** und **Strauss.** Über Chloralamid.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 33.)

Auf der medicinischen Poliklinik zu Bonn wurden Versuche mit dem von v. Mering angegebenen neuen Hypnoticum Chloralamid zunächst an 6 Studenten angestellt, welche sich eines gesunden Schlafes erfreuten. Nach abendlichen Dosen von 1—4 g erwachten dieselben am nächsten Morgen etwa 2 Stunden später als gewöhnlich, fühlten sich jedoch dabei ganz frisch. Nur zwei klagten über leichten Kopfschmerz nach dem Einnehmen des Mittels.

Weitere Versuche wurden an 15 Kranken angestellt (Nervenleiden 5, Herzfehler 3, Phthise 2, Anämie 2, Arthritis deformans, Lues, Bleivergiftung je 1). Auf die Beschaffenheit des Urins, so wie auf die Cirkulation hatte das Mittel keinen Einfluss. In einzelnen Fällen, auch bei lebhaften Schmerzen (Trigeminusneuralgie) genügte 1 g um Schlaf herbeizuführen, während in einem anderen Falle (Ischias) 4 g keine genügende Wirkung ausübten. Bei 2 Fällen, in denen das Mittel versagte, war auch Sulfonal wirkungslos geblieben. In 1 Falle trat Erbrechen in Folge des Chloralamid ein. Wo das Mittel wirkt, trat keine Gewöhnung an dasselbe ein, ja sogar verminderte Gaben führten Schlaf herbei.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

10. **Fr. Mosler** (Greifswald). Über ansteckende Formen von Lungenentzündung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 13 u. 14.)

Am 22. Januar 1883 starb ein 60jähriger Arbeiter am 5. Tage an einer akuten Lungenentzündung. Am Todestage des Mannes erkrankte dessen 57jährige Frau ebenfalls unter den Symptomen einer Pneumonie, die am 5. Tage unter zunehmender Athemnoth und sinkender Herzkraft zum Tode führte. Der Sohn dieser beiden, ein 29jähriger kräftiger Kutscher, hatte während der Krankheit seine Eltern häufiger besucht und längere Zeit an deren Betten gesessen. Am 26. Januar erkrankte er gleichfalls an Pneumonie und starb am 12. Tage. Die 23jährige Tochder oben genannten war am 22. Januar, dem Todestage des Vaters, von auswärts nach Greifswald gekommen, hatte sich hier am Bette des Sterbenden mehrere Stunden aufgehalten und ihren Vater geliebkost. Am 29. Januar erkrankt sie gleich-

falls an einer Pneumonie, die einen schleppenden Verlauf nahm; erst am 2. März konnte sie aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Die Frage, ob in dem betreffenden Hause endemische oder miasmatische Einflüsse zur Geltung kommen konnten, wird von M. verneint; innerhalb der letzten 5 Jahre war in dem Hause kein schwerer Krankheitsfall vorgekommen. Es ist desshalb am wahrscheinlichsten, dass der Vater außerhalb des Hauses sich inficirt hat und dass von ihm die übrigen Familienmitglieder angesteckt wurden.

Von den Gestorbenen wurde nur der Sohn, der Kutscher Drichel, secirt. Der Sektionsbefund bot das Bild einer doppelseitigen fibrinösen Pneumonie mit frischer fibrinös-hämorrhagischer Pleuritis. Auffallend war 1) die vielfach scharfe lobuläre Begrenzung der hepatisirten Stellen, welche den frischesten Stellen mehr das Aussehen einer Bronchopneumonie mit vorwiegend hämorrhagischem Exsudat verleiht; 2) die wenig auf der Schnittfläche hervortretende Körnung; 3) das Fehlen fibrinöser Exsudationen in den kleinen Bronchien; 4) das Fehlen eines Überganges vom Engouement zur rothen Hepatisation einerseits, zur vollendeten graugelben Hepatisation andererseits; 5) der hämorrhagische Charakter der Pleuritis; 6) sehr starke frische Hyperplasie der Milzpulpa.

Bei der in das Greifswalder Krankenhaus gebrachten Auguste Drichel wurden mittels Pravaz'scher Spritze einige Tropfen trüber Flüssigkeit aus dem infiltrirten Unterlappen aspirirt. Die von Grawitz und Löffler vorgenommene Untersuchung ergab in Deckglaspräparaten und in Kulturen das Vorhandensein eines Bacillus, sehr ähnlich den Stäbchen der Kaninchenseptikämie, der sich deutlich unterschied von Friedländer's Bacillus pneumoniae und dem Diplococcus pneum. (Fraenkel-Weichselbaum). Übertragungsversuche mit diesem Bacillus ergaben bei verschiedenen Thiergattungen negatives Resultat.

Das Ergebnis dieser Beobachtungen und Untersuchungen ist ein neuer Beweis dafür, dass die verschiedenen Formen der Pneumonie nicht durch einen einzigen, sondern durch eine Mehrzahl von Infektionsstoffen hervorgerufen werden. Es handelt sich in obigen Fällen um eine eigene Art der Pneumonie, die sich auch von der von Finkler (Verhandlungen des Kongresses für innere Medicin 1888) geschilderten Form, die er Pneumonia pseudo-typhosa nennt, unterscheidet.

Die Krankheit ist durch Kontagion verbreitet worden; die Auguste Drichel hat ihren kranken Vater wiederholt geküsst; auch wäre, da die Kranken die Sputa konstant in den Taschentüchern deponirten, hier vielleicht der Modus der Infektion zu suchen. **Leubuscher** (Jena).

11. **Kartulis** (Alexandrien). Über tropische Leberabscesse und ihr Verhältnis zur Dysenterie.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. p. 97.)

Unter ca. 500 tropischen Leberabscessen, welche Verf. bisher zu beobachten Gelegenheit hatte, waren 55—60% dysenterischer Natur. Unter 33 genauer beobachteten Fällen waren 22 Leberabscesse nach Dysenterie entstanden, die übrigen 11 mussten als sogenannte idiopathische Leberabscesse aufgefasst werden. In den nach Dysenterie entstandenen Leberabscessen konstatirte Verf. ganz regelmäßig eine große Anzahl Amöben; der Eiter glich zuweilen einer Amöbenreinkultur, während dieselben in allen Leberabscessen nicht dysenterischen Ursprungs fehlten.

K. ist auf Grund seiner zahlreichen klinischen Erfahrungen und bakteriologischen Untersuchungen der Ansicht, dass die sog. idiopathischen Leberabscesse höchst wahrscheinlich durch Mikrobeninfektion entstehen, welche aus dem Gastrointestinaltractus in die Leber gelangen. Als prädisponirende Momente scheinen Malaria, Alkoholismus, Erkältungen etc. von Wichtigkeit zu sein. Die dysenterischen Leberabscesse führt K. hingegen zurück auf eine Einwanderung mikrobenhaltiger Amöben von dem Darmgeschwür durch das Pfortadersystem in die Leber. In der Leber scheinen die Amöben durch ihre lebhaften Bewegungen eine gewebezerstörende Fähigkeit zu entfalten, während die sie begleitenden Mikroorganismen die Eiterung anregen. In den Eiterhöhlen der Leber können die Amöben ihre

Lebensfähigkeit längere Zeit, oft Monate, behalten, während Eiterzellen zu Detritus zerfallen und Bakterien nicht mehr keimfähig sind. In frischen dysenterischen Leberabscessen wurden von Mikroorganismen aufgefunden der Staphylococcus aureus und albus und der Bacillus pyogenes foetidus. **Peiper** (Greifswald).

12. **L. Polyak.** Fall von Xanthoma multiplex mit Leberleiden.

(Wiener med. Presse 1889. No. 30.)

Ein 28jähriger Brauer, Potator, hatte schon öfters an Dyspepsie, Schmerzen in der Lebergegend gelitten und an letzterer Stelle eine große Geschwulst gefühlt; die Symptome schwanden aber immer wieder. Dann traten zuerst im Nacken, später an Schultern, Armen, Rücken, Hinterbacken gelbliche, sich allmählich vergrößernde Ausschläge auf. Bei der Aufnahme fand sich stark verbreitete Pigmenthypertrophie auf beiden Gesichtshälften: Am Hals, Nacken, Schultern, Rücken, Oberarmen hirsekorn- bis linsengroße, orangegelbe, scharf begrenzte, sammetartige Knötchen, auf Druck nicht schmerzhaft. Dazwischen weißlich-gelbe, in der Mitte narbenartig eingezogene pigmentirte Flecke.

Die Leber war gleichmäßig vergrößert und empfindlich. Kein Ascites. Diagnose: Xanthoma multiplex. Hepatitis interstitialis hypertrophica.

Die mikroskopische Untersuchung eines Knötchens ergab Hornschicht und Rete Malpighii normal, nur der unterste Theil etwas stärker pigmentirt. Bindegewebe des Corium vermehrt, bildet breite faserige Bänder, welche die dazwischenliegenden Lymph- und Blutgefäße zusammendrücken. In der Adventitia der Blutgefäße und dem die Lymphgefäße umgebenden Gewebe sind zahlreiche, unregelmäßig gestaltete, meist etwas rundliche, mit einem oder mehreren Kernen versehene Zellen, größer als die gewöhnlichen Epithelzellen vorhanden.

Leubuscher (Jena).

13. **A. Sjoström.** Ein Fall von Morbus Addisonii.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 22.)

Ein 54jähriger Mann erkrankt mit Beschwerden theils nervöser, theils gastrischer Art; auch fällt bald eine bräunliche Pigmentirung der Haut auf. Die gastrischen Erscheinungen wiederholten sich oft innerhalb der nächsten Jahre, dazu gesellt sich hochgradiges Schwächegefühl; die Broncefarbe der Haut nahm zu, besonders war sie an den Falten der Nackenhaut und den Fingern ausgesprochen; auch an der Mundschleimhaut, am Zungengrunde waren Pigmentflecke sichtbar. Nach vorübergehender Besserung trat unter zunehmender Schwäche unstillbares Erbrechen auf und Pat. ging zu Grunde.

Aus dem Sektionsbefunde ist hervorzuheben: Die Nebennieren sind vergrößert, haben höckerige Oberfläche, graugelbe, etwas festere Randzone und ein breiteres intensiv gelb gefärbtes, verkästes, krümeliges Centrum. Beide Nieren sind vergrößert, gleichmäßig in Rinden- und Marksubstanz. Das Ganglion semilunare ist beiderseits vergrößert, stellt einen abgeplatteten Knoten dar, von festerer Konsistenz, nicht verkäst; auch die Nn. splanchnici sind nicht verdickt. Sonst im Wesentlichen normaler Befund. In den verkästen Nebennieren wurden Tuberkelbacillen gefunden. Die mikroskopische Untersuchung des Gangl. semilunare ergab starke Pigmentirung der Ganglienzellen und an einzelnen Stellen eine diffuse kleinzellige Infiltration.

Betreffs der Pigmentvertheilung in der Haut konnte Verf. im Wesentlichen die bezüglichen Angaben Nothnagel's bestätigen. Nur war in den Präparaten eine so bestimmte Anordnung des in der Cutis vorhandenen Pigmentes nach dem Gefäßverlaufe nicht zu erkennen. Auch konnte eine eigentliche Gefäßerkrankung (wie sie Riehl beschrieben hat) nicht konstatirt werden.

Leubuscher (Jena).

14. **Sajkovic.** Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Herzerkrankungen in Folge von Überanstrengung.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Die 5 Fälle, über welche S. in der vorliegenden Arbeit berichtet, hat er im Verlaufe des serbisch-bulgarischen Feldzuges beobachtet. Sie liefern exquisite

Beispiele für jene schweren Herzerkrankungen, welche nicht durch eine nur augenblicklich wirkende Überanstrengung entstehen, sondern bei welchen eine auf etliche Tage wirkende übermäßige Muskelanstrengung eine dauernde Insufficienz in der Leistung des Herzmuskels herbeiführt. Es handelte sich in allen Fällen um junge, meist kräftige, vorher gesunde Männer, die nach größeren Märschen und Kriegsstrapazen zunächst unter Kurzathmigkeit, Schmerzen in der Herzgegend und Herzklopfen erkrankten. Beim Aussetzen des schädigenden Moments stellte sich dann der Status quo ante bald wieder ein; sobald die Leute aber ihren Dienst wieder aufnahmen, machten sich die erwähnten Beschwerden wieder geltend, um sich bei andauernder Thätigkeit zu verstärken. Es kam dann zu heftiger Dyspnoe, Beklemmungen, Herzpalpitationen; weiter zu Ödemen, Stauung der Urinsekretion. Die Untersuchung des Herzens ergab Dilatation und Hypertrophie des linken, in vorgeschrittenen Fällen auch des rechten Ventrikels. Unter günstigen Verhältnissen trat dann auch in diesen Stadien eine Rückbildung und Besserung ein, während in dem Falle eines Officiers, der durch starke Dyspepsie komplicirt war und bei dem die schädigende Ursache erst spät entfernt wurde, der Exitus eintrat.

Verf. weist noch darauf hin, dass in dem genannten Feldzuge viele andere Ärzte ähnliche Beobachtungen gemacht haben. Durch eine Darstellung der Litteratur der idiopathischen Herzerkrankungen wird die Arbeit eingeleitet.

M. Cohn (Berlin).

15. **E. Adamük.** Über einen Fall von Retinitis haemorrhagica albuminurica mit Ausgang in Genesung.

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 98.)

Im Widerspruch zu der ziemlich allgemein angenommenen Lehre, dass das Hinzutreten von Retinitis albuminurica zu Morbus Brightii ein Signum mali ominis für die Prognose, sowohl quoad sanationem als insbesondere quoad vitam darstellt, steht die Mittheilung des Verf. über einen Pat,, welcher in Folge einer schweren Nephritis an einer hämorrhagischen Retinitis mit bedeutender Herabsetzung der Sehschärfe erkrankte. Unter der Behandlung mit Bädern und Jodkali wurden Nephritis und Retinitis vollständig geheilt, so dass von letzterer weder ophthalmoskopisch wahrzunehmende noch funktionelle Residuen blieben. Allerdings ist zu bemerken, dass eigentlich entzündliche Veränderungen im Augengrunde auch auf der Höhe des Processes fehlten. Es bestanden nur Hyperämie der Papille, die lediglich aus der starken Röthung derselben bei gewöhnlicher Weite der wahrnehmbaren Blutgefäße und scharfer Begrenzung des Sehnerveneintrittes geschlossen wurde, und zahlreiche Hämorrhagien in der Peripherie des Augengrundes und insbesondere in der Umgebung der Macula lutea.

Weinbaum (Marburg).

16. **B. Fraenkel.** Tonsillen.

(Eulenburg's Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. 2. Aufl.)

Verf. bespricht zunächst, namentlich unter Berücksichtigung der Arbeiten von Stöhr, Bickel und Waldeyer, die Anatomie und Physiologie bezw. die Funktion der Tonsillen und betrachtet weiterhin die Erkrankungen derselben, wobei die subjektiven und objektiven Erscheinungen die richtige Würdigung erfahren. Überall werden die differentialdiagnostischen Momente hervorgehoben. Ausführlich behandelt sind besonders die Hyperplasie der Tonsillen, ihre Ätiologie, Anatomie etc., und die gegen diese Affektion in Frage kommenden Heil- bezw. Operationsmethoden. Von Tonsillotomen empfiehlt Verf. besonders die dem Physik'schen Modell nachgebildeten (von denen das Mackenzie'sche wohl am meisten im Gebrauch ist, Ref.). Nicht erwähnt ist das Tonsillotom, welches Lucae angegeben hat und welches als das einfachste am empfehlenswerthesten ist mit der kleinen Modifikation, dass die am Ringe zum Auffangen der Tonsille befestigte Kappe beseitigt ist.

B. Baginsky (Berlin).

17. **G. Kersting.** Beiträge zur Pathologie der Zungentonsille.
Würzburg, **Stahel'**sche Univ.-Buchhandlung, 1889.

Im Anschluss an die Beobachtungen von Swain, Seifert u. A. unternahm es Verf. an ca. 300 Personen jeden Alters und Geschlechts Untersuchungen anzustellen über die Häufigkeit der Zungenbalgdrüsenhypertrophie und das Verhältnis dieser Erkrankung zur Hypertrophie der Gaumentonsille und den Schleimhauterkrankungen des Rachens und der Zunge, mit besonderer Berücksichtigung der Pharyngitis, Varicen und Mycosis pharyngis benigna. 17 Krankengeschichten werden ausführlicher mitgetheilt. Verf. fasst seine Resultate am Schlusse der Arbeit zahlenmäßig zusammen und resumirt, dass die Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen eine Erkrankung des jugendlichen Alters und besonders des mittleren Lebensalters ist, dass diejenige der Gaumentonsille hauptsächlich eine Erkrankung des jugendlichen Alters ist, während sie im mittleren Lebensalter immer seltener wird. Varicen am Zungenrücken zeigen sich besonders im späteren Alter.

B. Baginsky (Berlin).

18. **M. Dinkler.** Ein Beitrag zur Pathologie der sog. schwarzen Haarzunge. (Aus der med. Klinik des Prof. Erb in Heidelberg.)
(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 1.)

Ein 8jähriger Knabe (Pat. des Vaters von D.) zeigte nach Ablauf einer schweren Scarlatina im Anschluss an eine multiple Furunkulose des Kopfes eine »schwarze Zunge«, d. h. auf dem Zungenrücken fanden sich zahlreiche schwarz gefärbte Fortsätze von kielartiger Form, mit der Schleimhaut innig verwachsen, die als abnorm große und eigenthümlich veränderte Papillae filiformes erkannt wurden. Die Gebilde erwiesen sich äußerst resistent, erst nach 1stündiger Einwirkung von Kali caust. gelang es, sie in ihre Elemente zu zerlegen und zwar bestanden diese aus braungefärbten Plattenepithelien von homogener Beschaffenheit, ein Kern war nur schwach angedeutet. Im Verlaufe einiger Tage stießen sich die schwarzen Gebilde von der Zunge ab und die letztere gewann wieder ihr normales Aussehen. D. glaubt, dass die vorliegende Affektion als Theilerscheinung der nach dem Scharlach auftretenden allgemeinen Hyperkeratose aufzufassen sei.

In 2 anderen Fällen handelte es sich um Erwachsene, die an Magenkatarrh resp. Magendilatation litten, bei denen die Zungenoberfläche braunschwarz gefärbt war durch kielförmige Gebilde von mehreren Millimeter Länge, welche von der Mittellinie an spitzwinklig geordnet waren wie ein wohlgekämmter Scheitel. Auch hier ergab die genauere Untersuchung ein Auswachsen der Papillae filif. Diese selbst waren ungefärbt, aber sie waren eingehüllt von einer bräunlichen Rindenschicht welche aus Bacillen bestand. Die weitere Untersuchung ließ in den letzteren eine Stäbchenform erkennen, welche zwischen Heu- und Wurzelbacillus einzurangiren wäre. Auch hier verschwand die »schwarze Zunge« von selbst in dem Maße oder noch rascher, als das Magenleiden zur Heilung gelangte.

Kayser (Breslau).

19. **Terrillon.** Tumeur de la vessie chez la femme. Leçon recueillie par Adler.
(Bullet. méd. 1889. No. 78.)

Eine 42jährige, früher stets gesunde Frau wurde wegen Harnbeschwerden ins Krankenhaus aufgenommen. Leidlicher Ernährungszustand, Haut blassgelblich. Seit 3 Monaten fühlt Pat. Schmerzen beim Urinlassen, die Harnmenge ist vermehrt, bisweilen mit Blut vermischt. Außer Blut enthielt der Harn etwas Eiweiß, welches wahrscheinlich durch Zufügung von Salpetersäure aus dem Blute gefällt wurde. Das Blut war vollkommen mit dem Urin gemengt und außerdem erschienen am Ende der Entleerung einige Tropfen Blut. Die Ursache der Blutung musste also in der Blase liegen. Katheterismus ergab an der Hinterfläche der Blase Unebenheiten, welche ebenfalls bei Digitaluntersuchung in Chloroformnarkose nach Erweiterung der Urethra deutlich als Fungositäten im Blasengrunde zu fühlen waren. Es handelte sich hier um einen papillomatösen Blasentumor. Außer die-

sem kommen besonders Epitheliome vor, welche umfangreicher, härter und höckriger sind. Während die Papillome der Schleimhautoberfläche aufsitzen, ist der Blasenkrebs in der Wand infiltrirt. Beide bedingen Blutungen; die Prognose des letzteren ist infaust. Das Blutharnen stellt sich ohne nachweisbare Ursache spontan ein und erlischt eben so plötzlich, während die durch Steine bedingten Blutungen nach Anstrengungen erscheinen und nur nach längerer Ruhe aufhören. Meist ist das Blut innig mit dem Urin gemischt, und die Menge desselben immer beträchtlich. Größere Blasentumoren können auch durch kombinirte Untersuchung erkannt werden. Zu diesen Erscheinungen gesellt sich oft schwere Cystitis. Bei der Behandlung der Blutungen hat die innere Darreichung von Stypticis wenig Erfolg; Ausspülungen der Blase mit denselben bewirken zugleich starke Reizung und können die Blutungen vermehren. Bei den chirurgischen Maßnahmen kann man die erweiterte Harnröhre zur Einführung von Instrumenten benutzen; jedoch wird die Dilatation nicht lange Zeit vertragen und gestattet auch nicht die gemeinsame Einbringung von Werkzeugen und des Fingers. Es ist daher die Eröffnung der Blase geboten mittels Sectio hypogastrica, welche der Sectio perinealis stets vorzuziehen ist. Das Peritoneum wird bei der ersteren Operation, wenn die Blase gefüllt ist, nicht verletzt; noch mehr wird der Blasengrund durch Einführung eines Kolpeurynters in den Mastdarm (Petersen) emporgehoben. Die übrige Beschreibung der chirurgischen Technik der Operation gehört nicht in den Rahmen dieses Blattes. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Kittel.** Die Behandlung tuberkulöser Affektionen mit Perubalsam.

Inaug.-Diss., Erlangen, 1889.

Es wurden in der Klinik des Prof. Heineke in Erlangen 14 Fälle von Caries der Knochen und 6 kalte Abscesse mit Perubalsam nach Landerer behandelt, Der Balsam zeigte sich dem Jodoform kaum überlegen, speciell blieb es zweifelhaft, ob sich durch ihn tuberkulöse Knochenaffektionen unter Vermeidung operativer Eingriffe zur Heilung bringen lassen. Intramuskuläre Injektionen blieben auf die Tuberkulose ohne Einfluss. Bei der Prüfung auf sein Desinfektionsvermögen (durch Kreske) schien der Balsam in gewissem Grade entwicklungshemmend zu wirken. **H. Neumann** (Berlin).

21. **Ali-Cohen.** Eigenbewegung bei Mikrokokken.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde 1889. No. 2.)

Es wurde bisher angenommen, dass im Gegensatz zu den Bacillen, von denen bestimmte Arten Eigenbewegung haben, die Kokken niemals beweglich sind. A.-C. beschreibt nun einen Coccus, bei dem er zum ersten Mal einwandsfrei Eigenbewegung nachgewiesen hat, so dass jene Gegenüberstellung in der Systematik hinfällig wird. (Übrigens fand später Löffler bei diesem Coccus mit seiner neuen Färbungsmethode auch die Geißel, der die Beweglichkeit des Coccus zu danken ist.) **H. Neumann** (Berlin).

22. **F. Becker.** Ein Fall von Schwefelkohlenstoff-Amblyopie.

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 138.)

Ein Arbeiter in einer Gummiwarenfabrik, dessen Beschäftigung im Eintauchen von Saughütchen in eine Lösung von Chlorschwefel in Schwefelkohlenstoff bestand, erkrankte unter den Symptomen von unangenehm süßem Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, nächtlichen Wadenkrämpfen, Abnahme des Sehvermögens. Sehschärfe auf Fingerzählen in 3 Meter gesunken, kolossales centrales Skotom, temporale Hälfte der Papille sehr blass. Therapie: Aufgabe der Beschäftigung, Schutzbrille, Enthaltung von Spirituosen und Tabak, Injektionen von Strychnin. nitr., innerliche Darreichung von Jodkali, später Ferrum. Unter dieser Behandlung stieg die Sehschärfe auf $^1/_5$, das centrale Skotom wurde bedeutend kleiner. Verf. hält es für möglich, dass ein, wenn auch mäßiger Abusus spirituos. et ta-

baci für das Zustandekommen der Schwefelkohlenstoff-Amblyopie disponirt, ferner vielleicht der Eintritt der kälteren Jahreszeit, weil alsdann die Arbeitsräume weniger gelüftet werden. **Weinbaum** (Marburg).

23. **C. Heimann** (Charlottenburg). Über Cocainepilepsie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 12.)

Pat. hereditär nicht belastet, spritzt seit 1885 Morphium, seit 1886 Cocain und gebraucht schließlich 2,0 Morphium und 8,0 Cocain pro die. Seit Ende 1886 zeigen sich Gedächtnisschwäche, Intelligenz-Moraldefekte. Hautjucken stellt sich ein, schließlich tobsüchtige Erregung. Im März 1887 verfiel Pat. in einen Tobsuchtsanfall, verlor die Besinnung, blieb 5 Minuten wie im Starrkrampf liegen, begann dann um sich zu schlagen. Augen offen, stierer Blick, Beiß- und Schnappbewegungen. Diese Anfälle wiederholten sich mit der Zeit manche Tage 2mal, häufig auch erst nach 14 Tagen. Die Dauer der Anfälle war verschieden.

Die Krämpfe schwanden nach einer Entziehungskur, kehrten aber wieder, als Pat. sich aufs Neue Cocain injicirte.

Nach H. ist das Cocain direkt als einzige Ursache der Krämpfe anzusehen.

Leubuscher (Jena).

24. **H. Nothnagel.** Zur Diagnose der Sehhügelerkrankungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 5 u. 6.)

Bei einem 24jährigen phthisischen Schlossergehilfen entwickelten sich allmählich unter rasch an Intensität zunehmenden Kopfschmerzen folgende Erscheinungen: Verschlechterung des Sehvermögens. Doppeltsehen Abnahme der Kraft in den linken Extremitäten und des Gefühls in der linken Hand. Häufiges Schwindelgefühl. Krampfanfälle in den Extremitäten ohne Bewusstseinsausschaltung. Abnahme des Gedächtnisses. Der 2 Tage vor seinem Tode aufgenommene Status ergiebt Folgendes: Pupille links>rechts, Reaktion beiderseits träge und wenig ausgiebig. Stauungspapille. Mäßige Parese des Rect. int. sinist. und hochgradige Parese des Rectus sup. und inf. beiderseits. Minimale Parese des linken Facialis bei willkürlichen Bewegungen völlige Bewegungslosigkeit der linken Gesichtshälfte bei emotionellen Bewegungen (Trauer, Freude). Übrige Gehirnnerven intakt. In den linken Extremitäten leichte Parese und Herabsetzung der motorischen Kraft, in den linken Fingern leichte Ungeschicklichkeit. Sensibilität links gegen rechts herabgesetzt. Temperatursinn nur im linken Fuß und unteren Drittel des linken Unterschenkels fehlend. Sehnenreflexe links stärker als rechts. Links Fußklonus. Gang unsicher und schwankend. Diagnose: Tumor cerebri, entweder Tuberkel oder Gliom, die Vierhügelgegend und den rechten Sehhügel einnehmend.

Sektion: Im rechten Thalamus opticus ein taubeneigroßer Tuberkel, welcher zwischen Sulcus choreoideus und Taenia medullaris eingelagert, die mediale Fläche des Thalamus sammt Trigonum habenulae nach abwärts einerseits, nach den Vierhügeln andererseits drückt.

Der unsichere, schwankende Gang in Verbindung mit der eigenthümlich verbreiteten Augenmuskellähmung musste auf einen Sitz des Tumors in der Vierhügelgegend hinweisen, während die linksseitige mimische Gesichtslähmung auch auf eine Affektion des rechten Sehhügels hindeutete.

Auf Grund der klinischen Beobachtung sind nach N. die centralen Facialislähmungen in 2 Gruppen zu trennen: eine, in welcher schon in der Ruhe ein paralytischer oder paretischer Zustand wahrnehmbar, die gewollte und absichtliche Innervation der Gesichtsmuskeln unmöglich ist, während bei unwillkürlichen effektiven Bewegungen das Gesicht mehr oder weniger in Thätigkeit geräth; eine andere, in welcher während der Ruhe keine Lähmung besteht, auch bei der willkürlichen Bewegung das Facialisgebiet dem Willenseinfluss durchaus folgt, wo aber die unwillkürlichen, psychisch-reflektorischen, den Gemüthseffekt begleitenden Ausdrucksbewegungen fehlen. Für die erstere Gruppe ist die Läsion in der inneren

Kapsel und in der Pars centralis cerebri semiovalis, für die zweite Gruppe in der Hirnschenkelhaubenbahn zu suchen.

In einem Nachtrag bringt N. noch einen 2. Fall, bei welchem wiederum die Lähmung der mimischen Ausdrucksbewegungen der einen Gesichtshälfte durch einen Tumor (Gliom) des Thalamus opticus der anderen Seite bedingt war.

A. Cramer (Eberswalde).

25. **J. H. Lloyd and J. B. Deaver.** A case of tumor of the cervical region of the spine.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1889. No. 4.)

Bei der bisher gesunden C. W. entwickelte sich unter brennendem Kopfschmerz innerhalb einiger Wochen eine linksseitige Hemiplegie. 4 Monate zuvor bemerkte Pat. Steifigkeit und mäßige Schwellung, welche letztere spontan und auf Druck schmerzhaft war, im Nacken. Die Prominenz entsprach dem 3. Cervikalwirbel und lag unmittelbar links von der Medianlinie. Die Hemiplegie zeigte spastischen Charakter, Fuß- und Rectusklonus war vorhanden. Die Kniephänomene erwiesen sich beträchtlich gesteigert. Es fehlten Störungen der Sensibilität und des elektrischen Verhaltens. Keine vasomotorischen oder trophischen Erscheinungen. Gehirnnerven zeigten nichts Abnormes. Leichte Retinitis beiderseits.

Die unter strengsten antiseptischen Kautelen vorgenommene Operation ergab chronische Ostitis an der betreffenden Stelle der Cervikalwirbelsäule und Verdikkung der sich nicht prall hervorwölbenden Dura, welche nur mit der Explorativnadel perforirt wurde. In dem letzten Theile der Operation und wenige Stunden vor dem Tode traten Unregelmäßigkeiten der Athmung ein, welche vielleicht auf spinaler Läsion der Nn. phrenici zu beruhen schienen. Der Tod erfolgte am 3. Tage nach der Operation.

Das Gehirn war intakt, die Dura spinalis getrübt und verdickt. An der linken vorderen Fläche des Rückenmarkes in der Höhe des 2. Cervikalwirbels fand sich etwa $^5/_8$ Zoll unter der Decussation der Pyramidenbahnen eine weizenkorngroße Hervorwölbung. Dieser entsprach ein hämorrhagischer Herd, der die linke graue Substanz, die linken Seitenstränge und den vorderen Theil der linken Burdachschen Stränge einnahm. Nach oben eine kleine Zone aufsteigender Degeneration.

J. Ruhemann (Berlin).

26. **V. v. Gyurkovechky.** Beiträge zur therapeutischen Anwendung des Sauerstoffes.

(Wiener med. Presse 1889. No. 25 u. 26.)

Nach den Erfahrungen des Verf. sind die Sauerstoffinhalationen angezeigt bei akuter und chronischer Überfüllung des Blutes mit Kohlensäure, ferner behufs Anregung des Stoffwechsels bei hochgradiger Körperschwäche, Blutarmuth, Leukämie, Bleichsucht, daniederliegender Verdauungsthätigkeit, den Körper schwächenden Nervenkrankheiten, Diabetes, Hemikranie, Schlaflosigkeit und sexueller Impotenz.

Der Sauerstoff muss rein sein, die einzuathmende Menge ist je nach den individuellen Verhältnissen und der betreffenden Krankheit verschieden (10—30 Liter pro Tag). Alte Leute vertragen weniger als junge; heruntergekommene weniger als kräftige Individuen. Die beste Zeit für die Einathmung ist die Morgenstunde vor dem Frühstück, oder die Zeit vor einer anderen Mahlzeit.

Üble Zufälle wurden nie dabei beobachtet. Kontraindikationen bilden nur Hämoptoe und Aortenaneurysmen.

Leubuscher (Jena).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. **Sonnabend, den 22. März.** **1890.**

Inhalt: 1. **Ribbert,** 2. **Klebs,** 3. **Weichselbaum,** 4. **Babes,** 5. **Finkler,** 6. **Levy,** 7. **Kollmann,** 8. **Wiltschur,** Influenza. — 9. **Petruschky,** Einwirkungen des lebenden Froschkörpers auf Milzbrandbacillen. — 10. **Pick,** Cor mobile. — 11. **Kisch,** Hämorrhagien bei Lipomatösen.

12. **Hervieux,** Epidemische Erkrankung im Gefolge der Vaccination. — 13. **Grosse,** Chorea und Endocarditis. — 14. **Nicolay,** Beweglichkeit pleuritischer Exsudate. — 15. **Troisier,** Pneumothorax im Gefolge eines asthmatischen Anfalls. — 16. **Guéniot,** Erbrechen der Schwangeren. — 17. **Martius,** Stimmbandlähmung. — 18. **Langreuter,** Kehlkopftuberkulose und Globus hystericus. — 19. **Backer,** Nachkrankheiten bei Kohlenoxydgasvergiftung. — 20. **Morgan,** Symmetrische Gangrän. — 21. **Proskauer,** Thrombose der Carotis. — 22. **Achard** und **Guinon,** Akute Myelitis und Neuritis optica. — 23. **Gombault,** Progressive Muskelatrophie.

Bücher-Anzeigen: 24. **O. Vierordt,** Diagnostik der inneren Krankheiten. 2. Aufl.

1. **Ribbert.** Anatomische und bakteriologische Beobachtungen über Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 4. p. 61—63.)

Unter 8 Obduktionen fanden sich 2mal die Lungen ohne pneumonische Processe; bei den anderen Fällen nahm die Pneumonie 3mal je einen ganzen Unterlappen ein; zum Unterschied von der krupösen Peumonie stellte die Schnittfläche der hepatisirten Lappen eine fast glatte Fläche dar, das Exsudat war weich, sehr zellreich und fibrinarm; in einem Falle war auch die lobäre Verdichtung auf der Schnittfläche lobulär abgetheilt, die einzelnen Lobuli waren nicht gleichmäßig verändert; 4mal setzten sich die Verdichtungen aus einzelnen Herden mit theils glatter, theils körniger Schnittfläche zusammen. Allen Fällen gemeinsam war eine in ihrer Intensität wechselnde Röthung der Schleimhaut der großen Bronchien, der Trachea und mehrfach auch des Larynx. Die in 5 Fällen ausgeführte Untersuchung lehrte eine hochgradige zellige Infiltration der Mucosa bei

strotzender Füllung der Blutgefäße. In allen Fällen war die Milz geschwellt, stets deutlich vergrößert, bisweilen um das Mehrfache und meist von abnorm weicher Konsistenz. In einem Falle zeigten die Nieren trübe Schwellung, ein anderes Mal beginnende fettige Degeneration der gewundenen Harnkanälchen. Zu beachten bei diesen Befunden ist, dass bei 7 der gestorbenen Pat. die Influenza zu bereits bestehender Tuberkulose (2mal), Emphysem (2mal), Myocarditis mit Mitralstenose (1mal), Cor adiposum mit Synechie der Herzspitze (1mal), lipomatöse Atrophie der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur (1mal) hinzugetreten war. Kulturversuche aus dem Trachealschleim, dem Lungengewebe, der Milz und den Nieren lieferten in 5 Fällen den Streptococcus pyogenes oder erysipelatos, welcher Pilz sich auch im Sputum der Influenzakranken nachweisen lässt. In den außergewöhnlich großen Mengen fand sich dieser Streptococcus vor Allem in einem Falle, in welchem die Influenza keine besonderen Lungenerscheinungen, speciell keine Verdichtungen gesetzt hatte; in einem anderen Falle ohne Lungenerscheinungen ergaben Milz und Niere von vorn herein Reinkulturen von Streptokokken. Im dem zellig infiltrirten Gewebe der Mucosa ließen sich mit Bestimmtheit Streptokokken nicht nachweisen. Es scheint also im Ganzen, dass der Streptococcus, auch wenn er der specifische Influenzakeim nicht ist, im Verlauf der Influenza eine sehr wichtige Rolle spielen kann.

Prior (Köln).

---

2. **Klebs.** Ein Blutbefund bei Influenza.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 5.)

K. hat zunächst das durch Einstich in die Fingerkuppe gewonnene Blut untersucht und darin neben den gänzlich unveränderten rothen Blutkörperchen eine enorme Masse kleiner lebhaft beweglicher Körperchen von starkem Glanze gefunden, die in Größe, Form und Bewegung vollständig mit denjenigen übereinstimmen, welche er bei der perniciösen Anämie kennen gelehrt hat, bei der sie aber niemals in solcher Menge vorkommen. Zum Unterschiede von der perniciösen Anämie wurden aber im Blute der Influenzakranken keine Mikrocyten gefunden. Im Blute eines an Influenza Verstorbenen fand K. außer den erwähnten Monaden mittlere und größere, längliche und ovale Formen, die sich durch ihre viel langsameren Bewegungen von jenen unterschieden und deren Form und Lage in mittels der Ehrlich'schen Methylenblaulösung hergestellten Färbepräparaten sehr deutlich festgestellt werden konnte. An den zur Ruhe gekommenen Gebilden bemerkte man einen starren stielartigen Fortsatz von der gleichen Länge wie der Durchmesser des Körperchens. Weiter erkennt man aufs deutlichste, dass ein großer Theil der Flagellaten sich im Inneren von rothen Blutkörperchen befindet; letztere enthalten meist 2, 3—5, selten nur 1 Flagellate. Die von Flagellaten gefüllten rothen Blutkörperchen zeichnen sich meist

durchwegs durch ihre kugelige Gestalt aus, während zahlreiche andere Blutscheiben schüsselförmig oder zackig sind.

K. weist dann darauf hin, dass in allen Processen, welche durch Hämatozoen aus der Klasse der Protozoen bewirkt werden, die für die Spaltpilze so charakteristischen Formen der Febris continua fehlen. Sowohl bei der Malaria als bei der perniciösen Anämie tritt der intermittirende Charakter des Fiebers auffällig hervor. Bei der Influenza findet gleichfalls ein wiederholtes Eintreten von febrilen Zuständen statt, gewöhnlich als Recidive bezeichnet; doch dürfte es sich auch hier um Entwicklungsphasen der Mikroorganismen handeln, die den Rückfall bedingen. **M. Cohn** (Berlin).

---

3. **Weichselbaum.** Bakteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Influenza und ihre Komplikationen.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 6.)

W. hat das reichliche Material, das ihm die Wiener Influenzaepidemie bot, zu eingehenden bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Studien benutzt, über deren Ergebnis er in der vorliegenden Arbeit berichtet. Die Untersuchungen bezogen sich zunächst auf Sputum und Blut der Pat., und zwar auf 21. In fast allen Fällen fand sich im Sputum unter zahlreichen anderen Bakterienarten der Pneumoniecoccus vorherrschend. In 1 Falle gelang es, diesen auch im Harn nachzuweisen. Die Blutuntersuchungen fielen stets negativ aus.

W. hat dann 10 Leichen untersucht, die an Influenza theils mit, theils ohne Komplikationen verstorben waren. Als nahezu konstanter Befund ist das Vorkommen von akuten Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase, namentlich der Stirn- und Kieferhöhle hervorzuheben. In dem diesen Höhlen entnommenen Eiter ließen sich stets Pneumoniekokken nachweisen.

In 1 Falle wurde eitrige Pachy- und Leptomeningitis nebst einem Hirnabscesse gefunden, die ihren Ausgang von der Kiefer- und Stirnhöhle genommen hatten. Auch in 3 Fällen von Otitis media konnten aus dem Exsudat Pneumoniekokken gezüchtet werden.

In 7 Fällen bestand ferner krupöse Pneumonie, 1mal mit Abscessbildung; in 1 Falle eine geringe Bronchopneumonie, in einem anderen Falle eitrige Pleuritis. Milztumor war gewöhnlich vorhanden, doch niemals in auffallendem Grade, ferner trübe Schwellung der Leber und Niere.

Im Anschluss an diesen konstanten Befund von Pneumoniekokken im Sputum sowohl als in den pathologischen Processen der Leiche erörtert dann W. die Frage, ob der Pneumoniecoccus die Ursache der Influenza ist oder die letztere durch einen uns noch ganz unbekannten Mikroorganismus verursacht wird, während das Vorkommen des Pneumoniecoccus nur die Bedeutung einer sekun-

dären Infektion hat, welche gewisse Komplikationen der Influenza hervorzurufen im Stande ist. Der letzteren Annahme neigt W. zu, glaubt aber, dass der Pneumoniecoccus immerhin eine wesentliche Rolle spielt, indem er einerseits die katarrhalischen Processe unterhalten und steigern, andererseits viele und schwere Komplikationen, insbesondere krupöse Pneumonien hervorrufen kann.

M. Cohn (Berlin).

---

4. **Babes.** Vorläufige Mittheilungen über einige bei Influenza gefundene Bakterien.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 8.)

B. hat mit dem aus den tiefsten Theilen der Nasenhöhle stammenden Sekrete, so wie mit dem Sputum frischer unkomplicirter Fälle von Influenza Kaninchen und Meerschweinchen geimpft, die meist in wenigen Tagen unter pneumonischen Erscheinungen zu Grunde gingen. Auf Agar-Agarkulturen entwickelten sich aus allen Organen in der Tiefe des Impfstiches staubartig fein granulirte Kulturen, welche sich an der Oberfläche als kleine, vollständig durchsichtige und farblose Kolonien ausbreiten; nach mehreren Tagen sind dieselben kaum mehr zu erkennen. Auf Gelatine entwickeln sich in der Tiefe kleine Kügelchen, welche sich von anderen Bakterien durch ihre Durchsichtigkeit unterscheiden. Auf Kartoffeln kann kein Wachsthum der Bakterien erkannt werden. Diese Kolonien bestehen aus äußerst kleinen, 0,2—0,4 μ dicken, eingeschnürten Bakterien, manchmal kurze Ketten bildend, manchmal zu feinen Stäbchen verlängert, manchmal rundlich oder pyriform. An den Enden derselben finden sich hier und da bläschenförmige Auftreibungen. Die Bakterien erzeugen mit Vorliebe Lungenerkrankungen. Sie wachsen gut im luftleeren Raume. B. will sie vorläufig Bact. I benennen.

Durch direkte Kultur des Sekretes aus Nase und Stirnhöhlen der meisten Pat. konnten verschiedene Bakterienarten gewonnen werden. Unter denselben nehmen auf Agar-Agar kleine, oberflächliche, runde, durchsichtige, in der Mitte mit einem weißlichen erhabenen Punkte versehene Kulturen die Hauptrolle ein. Dieselben bestehen aus eingeschnürten, gut gefärbten Bakterien von etwa 0,5 μ Breite, etwas zugespitzt mit einer konvexen und einer geraden Seite, in der Mitte oft mit einem ungefärbten Querstreifen versehen, parallelstehende Gruppen von 2 Individuen mit der geradlinigen Seite genähert bildend, durch Anilinfarben auch nach Gram gut färbbar, unbeweglich. Dieselben sind für Mäuse und Meerschweinchen pathogen, verursachen häufig bei ersteren tödliche Pneumonie mit Lokalisation der Bacillen in den Gefäßen der Alveolarsepta, bei letzteren eine Art Septikämie, während bei Kaninchen manchmal bedeutende lokale Reaktion entsteht. Diesen Bacillus will B. als Bact. II bezeichnen.

Schon vor dem Auftreten der Influenza in Bukarest herrschten dort maligne Bronchitiden und Pneumonien, von denen zahlreiche zur Sektion gelangten. Die bakteriologische Untersuchung ergab bei diesen Fällen in den Bronchien, bisweilen auch in den inneren Organen außer Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes etc. eigenthümliche Bakterien, die durch strahlige Fortsätze verbunden erschienen und so den Eindruck eines Schleimgewebes machten, so wie ferner sehr erhabene, schleimige, fast ganz durchsichtige Kolonien bildeten. Dieselben verursachen einestheils die Austrocknung des schräg erstarrten Agars, andererseits die Anhäufung einer reichlichen, sulzig-schleimigen Masse am Grunde des Reagensgläschens. Diese Bakterien sind pathogen für Mäuse und Meerschweinchen. In Bezug auf Größe und Form sind diese Mikroorganismen von einander verschieden.

Während der Influenza-Epidemie waren diese Formen viel häufiger und wurden in 6 Fällen von 9 untersuchten nachgewiesen. Außerdem wurden in vielen Fällen noch eigenartige Streptokokken gefunden.

M. Cohn (Berlin).

---

5. **Finkler.** Influenzapneumonie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 5.)

6. **Levy.** Bakteriologische Befunde bei Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 7.)

7. **Kollmann.** Mikroskopische Blutbefunde bei Influenzakranken.

(Ibid.)

F. hat 45 Fälle von Influenzapneumonie beobachtet, von denen nur 2 unter das Bild der typischen lobären Pneumonie gehörten, während die anderen 43 derjenigen Erkrankung zuzuzählen waren, die F. schon mehrfach als Streptokokkenpneumonie beschrieben hat. Die Erscheinungen der Pneumonie treten in diesen Fällen nicht so ganz deutlich hervor. Die Athmung ist meist sehr beschleunigt, oft mit Cyanose verbunden; starker Lufthunger meist vorhanden. Der Husten ist sehr gering und trocken; das Sputum meist spärlich, braune pneumonische Sputa durchaus nicht regelmäßig. Die Erscheinungen bei der physikalischen Untersuchung sind sehr verschieden, Dämpfung und bronchiales Athmen oft nur wenig ausgesprochen. Der Puls ist meist außerordentlich frequent, klein und weich. — Von F.'s Pat. starben 7, von denen 3 zur Sektion kamen. Das Wesentliche des pathologisch-anatomischen Befundes bestand darin, dass die Entzündung sich herdförmig ausbildete, dass die Herde vielfach sich verzweigend die Lungenlappen durchsetzen, aus kleinen lobulären Pneumonien zusammengesetzt sind, welche vielfach zerstreut noch kleine lufthaltige Partien zwischen sich enthalten. Die Schnittfläche der pneumonischen Herde ist durchweg glatt, manchmal andeutungsweise gekörnt. Die infiltrirten Partien sind nicht

hepatisirt, sondern splenisirt. Es handelt sich um eine vorwiegend zellige Entzündung mit Betheiligung des interstitiellen Gewebes. Die zellige Natur der Entzündung mit der ausgesprochenen Neigung zur weiterkriechenden Fortentwicklung erlaubt es, diese Erkrankung als Erysipel der Lunge zu bezeichnen. Die Ähnlichkeit dieser Pneumonieform mit dem Erysipel liegt nicht nur in dem anatomischen Charakter des Entzündungsvorganges, sondern auch darin, dass beide Erkrankungen durch Streptokokken bedingt werden. F. fand nämlich in allen pneumonischen Lungen den Streptococcus, den er schon in den früher von ihm beschriebenen Streptokokkenpneumonien rein kultivirt und als Erreger derselben aufgefasst hatte. Nur in einer Lunge fand F. daneben einen Staphylococcus und einen Diplococcus, der sich indess wesentlich von dem Fraenkel'schen Diplococcus pneumoniae unterschied. F. betrachtet diese Streptokokkenpneumonien als Lokalisation des Influenzaerregers in der Lunge. — Therapeutisch hat F. von Bäderbehandlung keine Erfolge gesehen, dagegen rühmt er die Eisbehandlung und das Chinin, von dem er auch prophylaktischen Nutzen gesehen hat (s. das Referat über die Arbeit von Tranjen). —

L. berichtet über die auf der Straßburger Klinik angestellten bakteriologischen Untersuchungen. Dieselben betrafen zunächst das Sputum: in demselben fanden sich neben Staphylo- und Streptokokken in großer Menge der Diplococcus pneumoniae Fraenkel vor. Dann hat L. das Sekret von 7 Otitiden — eine Erkrankung, die in Straßburg besonders häufig vorkam — untersucht, in sämtlichen Fällen Agar- und Gelatineplatten gegossen und weiße Mäuse geimpft. In den 6 ersten Fällen erhielt er den Diplococcus pneumoniae Fraenkel in Reinkultur, im 7. Fall war neben ihm noch Staphylococcus pyogenes albus vorhanden. Ferner wurde aus 9 Exsudaten verschiedener Art in der Pleura 8mal der Diplococcus pneumoniae Fraenkel, 1mal zusammen mit Staphylococcus pyogenes albus und einmal der letztere allein gefunden. Bei den Influenzabronchopneumonien konnte L. nur einmal aus der Lunge den Diplococcus Fraenkel züchten; in einem Falle von lobulärer Pneumonie, der zur Autopsie kam, zeigte sich im Infiltrat (graue Hepatisation) neben dem Diplococcus pneumonia unter Anderem der Staphylococcus pyogenus albus. — L. glaubt nicht, dass irgend einer der gefundenen Mikroorganismen als der primäre Krankheitserreger anzusehen sei, sondern dass es sich vielmehr um Sekundärinfektion handelt, für welche die Influenza nur den Boden vorbereitet. L. hebt schließlich noch die Häufigkeit der gleichzeitig mit der Influenza vorgekommenen fibrinösen Pneumonien hervor. —

Die Untersuchungen K.'s über den Blutbefund bei Influenzakranken ergaben das Folgende: Im frischen ungefärbten Präparate sind bald mehr bald weniger zahlreiche, lebhaft bewegliche Gebilde vorhanden; sie haben ovale oder runde Form, oder die von kurzen Stäbchen, seltener die von längeren Stäbchen. Letztere tragen hier

und da an beiden Enden eine Anschwellung, erscheinen also dann hantelartig. Auch paarweise an einander gefügte, mit Diplokokken zu vergleichende Gebilde sind gar nicht selten. Einige sind aber so klein, dass man ihre Form gar nicht weiter definiren kann. So weit man nach der bloßen mikroskopischen Beobachtung urtheilen darf, sind diese Gebilde keine anderen als die, welche man auch bei vollständig Gesunden antrifft, wenn man Blutproben unter denselben Bedingungen entnimmt. Vor Allem die runden und ovalen Formen sind manchmal hier in bedeutender Menge zu sehen.

Die weißen Blutkörperchen waren in den von K. untersuchten Fällen vermehrt; einmal sogar um mehr als das Dreifache der Norm. Diese Vermehrung war schon in den ersten Fiebertagen bemerklich, hielt aber bei Pat. mit langsamer Rekonvalescenz auch noch Wochen lang an. **M. Cohn** (Berlin).

---

8. **Wiltschur.** Über den Einfluss der Grippe auf den Verlauf der Phthise und deren Krankheitsbild bei Komplikation mit Grippe.

(Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 5.)

W. stellt zunächst statistisch fest, dass die Zahl der Schwindsüchtigen, welche während der Grippeepidemie die von ihm geleitete Abtheilung im Obuchow'schen Hospital aufsuchten, so wie die Zahl der Todesfälle sich absolut und relativ vergrößert hat, während die Dauer des Hospitalaufenthaltes sich verringerte. Es ist dadurch die alte Ansicht, dass die Grippe Schwindsüchtiger sehr gefährlich ist, bestätigt.

Das Krankheitsbild der mit Grippe komplicirten Phthise unterscheidet sich scharf von dem gewöhnlichen. Die Pat. sind meist noch gut genährt. Es tritt meist Cyanose des Gesichts und der Extremitäten auf; ferner Asthma, äußerste Schwäche, hohe Temperatur (40,5—41°), in den Lungen starkes Pfeifen und Rasseln. Häufige Lungenblutungen und rascher Verlauf der Phthise waren das Merkwürdigste. Die fortschreitende Ausbreitung konnte oft von Tag zu Tag beobachtet werden. Viele Pat. gingen auch an äußerster Schwäche, viele ganz unerwartet zu Grunde. Diese plötzlichen Todesfälle will W. durch Ergriffenwerden der Herzganglien erklären. Bemerkenswerth erscheint schließlich das Auftreten von äußerst florider Phthise im Verlaufe der Influenza bei Leuten, die vorher niemals das geringste Anzeichen einer Lungenerkrankung geboten hatten.

M. Cohn (Berlin).

---

9. **J. Petruschky.** Die Einwirkungen des lebenden Froschkörpers auf den Milzbrandbacillus. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 1.)

In der vorliegenden Arbeit sucht Verf. einige Einwände zu widerlegen, die Metschnikoff bei kritischer Besprechung der unter

Baumgarten's Leitung ausgeführten Arbeit des Verf. »über die Immunität des Frosches gegen Milzbrand« erhebt.

Um zunächst zu zeigen, dass thatsächlich im Froschkörper Milzbrandbacillen auch ohne Phagocyten degeneriren, hat Verf. neuerdings das Blut von an Milzbrand gestorbenen Thieren Fröschen eingeimpft und er konnte nachweisen, dass die Bacillen, allerdings später, in der freien Lymphflüssigkeit absterben und dass sogar die Leukocyten ein Auswachsen der Bacillen zu begünstigen scheinen; wenigstens fanden sich in denselben zu kürzeren oder längeren Fäden ausgewachsene Bacillen.

Er hat ferner Seidenfäden mit Milzbrandsporen und Aufschwemmungen derselben in Wasser Fröschen injicirt und wie früher beobachtet, dass bei höherer Temperatur die Sporen auswuchsen und bei mäßiger Phagocytose in der freien Lymphe degenerirten ohne Leukocyteneinfluss.

Des Weiteren beobachtete er ein Absterben der Milzbrandbacillen, wenn solche in Frosch- oder Mäusedarmstücken eingeschlossen waren. Wurden Sporen in solche Säckchen gebracht und die Frösche gelinde auf 24° erwärmt, so wuchsen diese zu Fäden aus und auch an diesen sah man deutliche Degenerationserscheinungen. Bei höherer Temperatur wachsen auch die frei in den Lymphsack gebrachten Sporen zu Bacillen aus. Dass dies nicht auch bei 24° geschieht, daran ist nicht, wie Metschnikoff glaubt, die Phagocytose Schuld, sondern dies können auch chemische Substanzen bewirken, welche durch die Membranen nicht hindurchzudringen vermochten. Wahrscheinlich spielt bei der Behinderung des Sporenwachsthums im Froschkörper die Kohlensäure eine Rolle, doch ist es noch nicht erwiesen, ob diese das einzige hierbei wirksame Moment sei.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

10. **Pick.** Über das bewegliche Herz (cor mobile).

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 39 u. 40.)

Auf Grund einer großen Reihe von Untersuchungen, die an Gesunden und Kranken angestellt wurden, kommt P. zu folgenden Schlüssen über die Bewegungsfähigkeit des Herzens und deren Folgen:

1) Geringe Beweglichkeit des Herzens bildet ein häufigeres, größere Beweglichkeit des Herzens ein relativ seltenes Vorkommnis.

2) Das abnorm bewegliche Herz findet sich sowohl bei sonst gesunden, kräftigen Menschen als eine wahrscheinlich angeborene Anomalie, andererseits findet man es bei gleichzeitigem Vorhandensein von Herzfehlern, so wie von anderen Organerkrankungen, ohne dass jedoch ein genetischer Zusammenhang zwischen diesen pathologischen Processen und dem Zustandekommen des abnorm beweglichen Herzens ersichtlich wäre.

3) Abnorme Beweglichkeit des Herzens kann durch Abmagerung,

sei dieselbe durch Krankheit oder durch Entfettungskuren bedingt, hervorgerufen werden.

4) Die Diagnose des abnorm beweglichen Herzens lässt sich mit Sicherheit durch die Verlagerung des Spitzenstoßes, so wie durch die Veränderung der perkutorischen Grenzen bei Lageveränderung stellen.

5) Bezüglich der klinischen Erscheinung der abnormen Beweglichkeit des Herzens ist zu erwähnen, dass mitunter dieser Zustand gar keine Beschwerden verursacht. In der größten Anzahl der Fälle wird jedoch abnorme Beweglichkeit des Herzens mit zeitweise auftretendem Herzklopfen, Schwächegefühl und Schwindel beim Laufen und bei forcirter Bewegung, so wie mit dem Unvermögen, die linke, seltener die rechte Seitenlage einzunehmen, so wie mit hierbei auftretendem Oppressionsgefühl verbunden sein. **M. Cohn** (Berlin).

---

11. **E. H. Kisch** (Prag-Marienbad). Hämorrhagien bei Lipomatösen.

(Wiener med. Presse 1889. No. 19.)

Fettleibige Individuen sind besonders zu Hirnblutungen disponirt. Einmal durch die sich bei ihnen so häufig einstellende Arteriosklerose und zweitens durch das in Verbindung mit der Gefäßveränderung besonders gefährliche Ansteigen des arteriellen Blutdruckes, bedingt durch übermäßige Zufuhr von Speise und Trank. Auch die Fettansammlung in den Organen des Unterleibes wird zu arterieller Drucksteigerung führen. In manchen Fällen ist die Hirnhämorrhagie auch ohne Arteriosklerose Folge langdauernder Hirnhyperämie bei Fettleibigkeit. Der apoplektische Insult bietet bei der im Allgemeinen geringen Resistenzfähigkeit der Lipomatösen für diese noch größere Gefahren als für andere Menschen.

Als Therapie ist neben entsprechender Diät und methodischer Körperbewegung die Anwendung von Purgantien zu empfehlen. Besonders sind Marienbad und Tarasp mit ihren kalten Glaubersalzwässern am Platze. Letztere sind aber kontraindicirt, wenn die begleitende Arteriosklerose bereits einen sehr hohen Grad erreicht hat, da dann in Folge des ungenügenden Accommodationsvermögens der Gefäße von den Kranken der Reiz der Kohlensäure und der Kälte nicht vertragen wird, sondern zu bedrohlichen Kongestivzuständen Anlass giebt. **Leubuscher** (Jena).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **M. Hervieux.** Vaccine ulcéreuse. Épidémie de la Motte aux Bois.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 37.)

Von 38 geimpften Kindern einer Gemeindeschule erkrankten 37. Die Impfung hatte mittels dreier Stiche nur auf einem Arme stattgefunden. Die Pusteln wurden Sitz einer heftigen Entzündung, nach 8—10 Tagen wandelten sie sich in große

eiternde Geschwüre um, die vielfach zusammenflossen und so den ganzen Oberarm bedeckten. Der Grund der Geschwüre war vielfach grau belegt; der unregelmäßige Rand häufig indurirt. Daneben bestanden indolente Drüsenschwellungen, des Nackens, Ellbogens etc. bis zu Nussgröße. Das Allgemeinbefinden der Kinder litt dabei wenig; sie waren bis dahin alle mit dem Leben davongekommen.

Die Diagnose anlangend, so lag es ja am nächsten eine Übertragung von syphilitischem Virus anzunehmen. Die Induration, die indolenten Drüsenschwellungen, das ganze Aussehen der Geschwüre, Alles das bei sonst ganz gesunden und kräftigen Kindern, sprach dafür. Endlich kam noch eine Beobachtung dazu, dass eine Mutter sich mit den Händen, die von dem Eiter des Armes ihres Kindes beschmutzt waren, die Augen gewischt hatte, und diese Frau bekam ein indurirtes Geschwür am Augenwinkel.

Die Lymphe war von einem 9jährigen Knaben entnommen, dessen Impfnarben keinerlei pathologische Beschaffenheit aufwiesen — auch keine besondere Härte darboten. Dagegen fanden sich verschiedene Drüsengruppen bei ihm geschwellt vor. Die Eltern dieses Knaben verweigerten ihrerseits jede Untersuchung.

Gegen die Annahme der Syphilis spricht die Dauer der Incubationszeit, die in keinem Falle mehr als 12, in der Mehrzahl 8 Tage betrug. Bisher ist bei experimentell erzeugten Impfungen mit syphilitischem Gifte noch kein Fall von kürzerer Incubationsdauer als 12 Tagen beobachtet worden.

H. hält es desshalb für unmöglich, bei diesem Stande der Angelegenheit eine sichere Diagnose zu stellen, bevor der Zeitpunkt für das Auftreten sekundärer Erscheinungen nicht verstrichen ist.

Fournier schließt sich in der diesem Vortrage folgenden Diskussion im Wesentlichen den Ausführungen von H. an. **Leubuscher** (Jena).

13. **Grosse.** Chorea Erwachsener mit Endocarditis recurrens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 33.)

Fälle von Chorea minor bei Endocarditis recurrens sind zur Entscheidung der Frage von der embolischen Natur der Chorea von besonderer Wichtigkeit, wenn es nach der Beschaffenheit der Fälle zulässig erscheint, den Ausbruch neu aufgetretener choreatischer Bewegungen mit dem neuen Schube der Klappenerkrankung in Verbindung zu bringen.

G. stellt desshalb 7 solche Fälle aus der Litteratur zusammen und theilt 2 noch nicht veröffentlichte aus der Wagner'schen Klinik ausführlicher mit. Indem wir bezüglich dieser Fälle auf das Original verweisen, wollen wir hier nur bemerken, dass die 9 bekannten Fälle von Endocarditis recurrens bei Chorea ausschließlich Erwachsene im Alter von 16 bis zu 66 Jahren betrafen.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

14. **Nicolay.** Über die Beweglichkeit pleuritischer Exsudate. (Aus der med. Klinik des Prof. Riegel zu Gießen.)

Inaug.-Diss., Gießen, 1889.

In Virchow's Archiv Bd. CXVI p. 457 hat Strauch aus der Göttinger Klinik eine Methode zur Prüfung der Beweglichkeit pleuritischer Exsudate empfohlen, über die wir seiner Zeit in d. Bl. referirt haben. Sie besteht darin, dass man den Pat. in Bauchlage, ohne Erhöhung des Kopfendes, untersucht, nachdem zum Vergleich vorher in sitzender Stellung die Perkussionsgrenzen bestimmt worden waren. Diese Methode ist aber bereits seit längerer Zeit in der Gießener Klinik geübt worden. An der Hand einer großen Anzahl von Krankengeschichten wird dies in der Dissertation N.'s bewiesen, bei denen sich stets ein ausdrücklicher Vermerk darüber findet, dass die Pat. in der genannten Methode untersucht wurden. Zugleich wird noch erwähnt, dass schon Da Costa diese Methode empfohlen hat.

Strauch seinerseits fand nun in etwa 20 Fällen, die er danach untersuchte, nur in 1 Falle eine Beweglichkeit; jedoch wagte er bei der geringen Zahl seiner Untersuchungen nicht Schlüsse auf das häufige Vorkommen der Verschieblichkeit zu ziehen. N. hingegen kommt bei 33 untersuchten Fällen — und das ist der

wesentlichste Zweck seiner Dissertation — zu positiven Resultaten. Er konstatirt in mehr als 55% der Fälle eine freie Beweglichkeit; 30% (10 Fälle) zeigten nur wenig und nur 15% (4 Fälle) gar keine Verschieblichkeit. Diese Resultate führen ihn dazu, in der bisher noch wenig an der Hand von Statistiken klargelegten Frage über die Beweglichkeit der Exsudate, sich auf die Seite derer zu stellen, die das häufige Vorkommen einer solchen annehmen. Es gilt dies wenigstens für seröse und serofibrinöse Exsudate von nicht allzu langer Dauer.

Schließlich betont N. noch, dass das Aufhören der Verschieblichkeit zu der Annahme führen muss, dass eine Abkapselung des Exsudates eingetreten sei und hält dadurch auch den Termin und die Indikation für die Ausführung der Punktion bestimmt, in so fern ein längeres Zuwarten die Bildung zu fester Adhäsionen und Schwarten veranlassen würde, welche die Lunge nach der Entleerung des Exsudates durch ihre respiratorischen Verschiebungen nicht mehr zu zerreißen im Stande wäre.

In einem in der medicinischen Gesellschaft zu Gießen gehaltenen Vortrage hat sich Riegel selbst in gleicher Weise geäußert. **Rosin** (Breslau).

15. **Troisier.** Pneumothorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse.

(Soc. méd. des hôpit. journ. des soc. scientif. 1889. No. 44. p. 438.)

Bei einer 27jährigen Frau, welche seit ihrem 19. Lebensjahre an häufig wiederkehrenden Asthmaanfällen leidet, tritt 2 Tage nach einem heftigen Anfall bei auffallend kleinem und frequentem Pulse Steigerung der Temperatur auf 40,5° C. ein. Es wird ein linksseitiger Pneumothorax mit starker Verdrängung des Herzens nach rechts, amphorischen Athmen und Tintement métallique konstatirt. Derselbe hatte sich offenbar auf der Basis des bestehenden Lungenemphysems entwickelt. Am nächsten Tage nach seiner Feststellung war die Dyspnoe so groß, dass die Aspiration mit dem Potain'schen Apparat ausgeführt werden musste, wobei nach Schätzung $2^1/_2$ Liter Luft entleert wurden. Darauf schnelle Resorption des Restes der Luft, Verschwinden der Dyspnoe und des Fiebers; schon nach 24 Stunden war nichts mehr von dem Pneumothorax nachzuweisen. Ein gleichzeitiger Flüssigkeitserguss bestand nicht, was mit Rücksicht auf das trotzdem vorhandene Tintement métallique von Interesse ist. Über einen ähnlichen Fall von Pneumothorax im Gefolge eines Keuchhustenanfalles bei einem 2jährigen Kinde berichtet Roger in der Diskussion; auch hier Mangel eines pleuritischen Ergusses und schnelle Beseitigung der bedrohlichen Erscheinungen durch die Aspiration der Luft.

A. Fraenkel (Berlin).

16. **Guéniot.** Étiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 37.)

Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren kann seine Ursache haben:

1) in pathologischen Zuständen des Genitalorganes (Erkrankungen des Uterus oder seiner Adnexen, Erkrankungen des Eies),

2) in pathologischen Veränderungen des Nervensystems, speciell des Lendenmarkes,

3) in Erkrankungen des Magens.

Gemäß diesen verschiedenen möglichen Ursachen lässt sich ein einziges Mittel, ein Specificum, oder eine einzige Behandlungsmethode gegen das Leiden nicht empfehlen. In jedem einzelnen Falle machten das ursächliche oder die ursächlichen Momente eine besondere Therapie nothwendig. **Leubuscher** (Jena).

17. **Martius.** Zwei bemerkenswerthe Fälle von Stimmbandlähmung.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang.)

Der erste Fall betrifft eine linksseitige Recurrenslähmung im unmittelbaren Anschluss an eine schwere Diphtheritis bei einem 13jährigen Knaben. Am 12. Krankheitstage zeigte sich nach auffallender Pulsverlangsamung (10 Schläge in

der Minute) eine verminderte Beweglichkeit des linken Stimmbandes. Nach 3 Tagen ist eine deutliche linksseitige Medianstellung (Posticuslähmung) des linken Stimmbandes vorhanden und am selben Tage wenige Stunden später wird das linke Stimmband in Cadaverstellung gefunden. Tags darauf stirbt der Kranke. Die Sektion ergieht u. A. eine Perineuritis purulenta nervi vagi sinistri in der Höhe des Larynx, außerdem im Anschluss an eine akute Mittelohreiterung eine Thrombosis sinus transversi sinistri nebst Pachymeningitis externa ulcerosa.

Bei dem 2. Falle handelte es sich um einen 48jährigen kräftigen Arbeiter. Derselbe giebt bei seiner Aufnahme am 2. Oktober 1888 an, vor 2 Monaten an den Erscheinungen von Undurchgängigkeit der Speiseröhre gelitten zu haben, während jetzt diese verschwunden ist, eine Schlundsonde ohne Schwierigkeit den Ösophagus passirt und einen säurefreien Mageninhalt zu Tage fördert. Ferner besteht bei dem Kranken Heiserkeit, bedingt durch Lähmung des linken Stimmbandes, das nahe der Mittellinie unbeweglich steht; auch das rechte Stimmband zeigte eine verringerte Bewegungsamplitude. Beide Stimmbänder sind stark geröthet, die Schleimhaut über dem linken Aryknorpel besonders stark geröthet und geschwollen. Über dem Sternum in der Höhe der zweiten Rippe ist eine deutliche Dämpfung vorhanden und der erste Aortenton von einem Geräusch begleitet. Alles schien auf ein Aortenaneurysma zu deuten, durch welches allerdings die entzündlichen Vorgänge im Kehlkopf keine Erklärung fanden; da trat ziemlich plötzlich unter Fieber und raschem Kräfteverfall am 20. Oktober 1888 der Tod ein. Die Sektion ergab: 8 cm oberhalb der Cardia im Ösophagus ein großes carcinomatöses Geschwür, von dem aus die carcinomatöse Infiltration bis in die Höhe des Kehlkopfes sich fortpflanzte. Neben der diffusen Infiltration finden sich vereinzelte Knoten, eine eitrige Phlegmone des Mediastinum, der linke Vagus ist dick, mit reichlicher Flüssigkeit durchsetzt, der linke Recurrens ist in eitrigen krebsigen Massen gar nicht aufzufinden. Außerdem ist noch an der großen Curvatur des Magens ein über walnussgroßer, weicher Cancroidknoten vorhanden.

Kayser (Breslau).

18. **Langreuter.** Kehlkopftuberkulose als anatomisches Substrat des Globus hystericus.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 17.)

Eine 44jährige Tagelöhnerin wurde mit dem klassischen Krankheitsbilde der Hysterie und Imbecillität in Eichberg aufgenommen, wo sie bereits nach 14 Tagen starb. Es hatte funktionelle Parese der unteren Extremitäten bestanden, motorische Schlaffheit, Parästhesie Kopfdruck, nasale Sprechweise, hartnäckiger Ructus etc. Die Kranke hatte außerdem wiederholt geäußert, sie müsse etwas in der Kehle stecken haben, machte eigenthümlich forcirte Schlundbewegungen, deutete mit verzerrtem Gesicht auf die Kehlkopfgegend, sagte in abgebrochenen Lauten, das müsse heraus, klagte auch wohl über Brand u. dgl. — Alles jedoch in der den Hysterischen eigenen theatralischen Weise, so dass an eine organische Erkrankung nicht gedacht werden konnte. Die Sektion der an Erschöpfung gestorbenen Pat. ergab jedoch ausgebreitete tuberkulöse Verschwärung des ganzen Kehlkopfeinganges, und zwar vollkommen isolirt, da Lunge und Darm intakt waren. Dieser und ähnliche Fälle (Fremdkörper im Schlundkopf als Ursache von »hypochondrischen« Wahnvorstellungen) enthalten eine Mahnung, in der Deutung von »nervösen« Symptomen bei Hysterie und Hypochondrie nicht zu schematisch zu verfahren.

Eulenburg (Berlin).

19. **E. Backer.** Über Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung, speciell über einen unter dem Bilde der multiplen disseminirten Sklerose des Centralnervensystems verlaufenen Fall.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 26—28.)

Ein 47jähriger, hereditär für Geistes- oder Nervenkrankheiten nicht belasteter Arbeiter wurde in geschlossenem Raume durch ausströmendes Leuchtgas betäubt und nach 10 Minuten hochgradig cyanotisch und vollständig bewusstlos heraus-

getragen. Nach 2 Stunden fortgesetzter künstlicher Respiration traten wieder regelmäßige, tiefe Respirationen auf, zugleich stellten sich fibrilläre Zuckungen in der Muskulatur ein, welche nach 8 Stunden zu heftigen, durch jede Berührung hervorzurufenden Krämpfen anwuchsen. Auf der Haut entstanden zahlreiche rosarothe Flecke. Im Urin kein Zucker, aber Eiweiß. Die Krämpfe ließen zuerst auf der linken Seite nach und hörten nach 8 Tagen ganz auf, eben so wurde der Urin eiweißfrei. Auch der jetzt bestehende Stupor schwand nach einigen Tagen, so dass der Kranke seine Angehörigen erkennen konnte. Die Erinnerung für die Zeit seit dem Anfallstage fehlte vollständig, auch hatte das Gedächtnis überhaupt sehr gelitten. Die Sprache war langsam, skandirend, zugleich trat Intentionstremor, Flimmern vor den Augen und Schwindel auf. 3 Monate später bot der Kranke in der medicinischen Klinik in Göttingen folgende abnorme Erscheinungen: ausgesprochener Intentionstremor, Patellarreflex rechts ausgeprägter als links. Fascikuläre Zuckungen der Zunge. Zeitweises Flimmern vor den Augen. Hyperämie der Netzhautvenen und am unteren rechten Papillenrande ein kleines Exsudat. Skandirende Sprache, Uvula nach rechts verzogen, Schriftzüge unsicher, zittrig, entstellt. Unter Darreichung von Sulfonal und Anwendung von querer Galvanisation des Kopfes nebst Massage besserten sich die krankhaften Erscheinungen und wurde der Kranke nach ungefähr 2 Monaten entlassen.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht B. unter Betrachtung der in der Litteratur niedergelegten Fälle die Nachkrankkrankheiten nach akuter Kohlenoxydvergiftung:

1) Störungen außerhalb des nervösen Gebietes.

Wiederholt wurden Pneumonien beobachtet, während Störungen des Verdauungstractus selten notirt wurden. Zucker im Harn ist verhältnismäßig häufig beobachtet. Ausgedehnte Gangrän der Muskulatur fand sich in einem Falle. Auch Hauterkrankungen (Pemphigus) wurden eben so wie die verschiedensten Herpesformen häufig konstatirt.

2) Störungen im nervösen Gebiet.

Störungen des Allgemeingefühls, schwere Hysterie, bleibender Idiotismus, aufsteigende akute Landry'sche Paralyse.

Die bis jetzt erhobenen pathologisch-anatomischen Ergebnisse, welche in einer Tabelle übersichtlich zusammengestellt sind, bestehen hauptsächlich in folgenden Befunden: Gefäßerweiterungen, Hyperämie, Blutungen in die Hirnhäute, Kapillarapoplexien im Gehirn und Gehirnerweichung. Für den eigenen Fall, welcher in ausgesprochener Weise die klinischen Erscheinungen der multiplen Sklerose bietet, ist B. geneigt, miliare Blutungen im Gehirn (namentlich Thalamus opticus) anzunehmen, welche sich allmählich zu einem sklerotischen Gewebe umgestalteten.

A. Cramer (Eberswalde).

20. **Morgan.** A case of Raynaud's symmetrical gangrene in a patient suffering from constitutional syphilis; with some remarks of the history, nature and manifestations of the disease.

(Lancet 1889. No. 3436—3439.)

Den Betrachtungen M.'s liegt folgender beachtenswerthe Fall zu Grunde:

Ein kräftiger Bauer bekam im 22. Jahre einen harten Schanker mit sekundären Erscheinungen von etwa 1jähriger Dauer. Dann blieb er 3 Jahre gesund, worauf er mit ausgedehnten Rachen- und Gaumengeschwüren in M.'s Behandlung kam. Dieselben heilten mit Hinterlassung großer Substanzverluste. 15 Monate später kam es, besonders des Nachts, zu heftigen Knochenschmerzen in den verschiedensten Körpergegenden. Diese fesselten den Kranken mehrere Monate ans Bett, verschwanden dann aber wieder. Bald darauf trat schmerzhaftes Brennen in den Fingerspitzen und in den Ohrmuscheln auf, dann kam auffällige Kälte und Gefühllosigkeit dieser Theile. Die Kälte in den Fingern bestand 6 Wochen. Sämmtliche Finger waren befallen, die Daumen jedoch geringer. In den ersten 6 Wochen sahen die Finger weiß aus, später bläulich; zuletzt wurden die Fingerspitzen innerhalb weniger Tage schwarz. Mit der Zunahme der schwarzen Färbung

traten wieder heftigere Schmerzen auf. Kurz nach den Fingern wurden die Ohrmuscheln in gleicher Weise befallen. Es ist bemerkenswerth, dass sich diese Erscheinungen während des Hochsommers entwickelten. Jetzt wurde eine antisyphilitische Kur eingeleitet, während welcher die Schmerzen nachließen, die schwarzen Stellen blau, zuletzt grüngelb wurden und die gangränösen Theile sich abstießen. Einige Monate nach der Heilung dieser Affektion traten heftige Schmerzanfälle im Vorderkopf mit Sehstörungen auf, welche nach 3monatlicher Dauer einer 14tägigen antisyphilitischen Kur vollständig wichen. Brust- und Bauchorgane des Kranken waren normal, der Urin war stets frei von Eiweiß und Zucker, soll aber einmal Blut enthalten haben. Die Netzhautarterien waren auffallend dünn. An den Arterien der Arme konnte nichts Ungewöhnliches entdeckt werden.

In diesem Falle trat die symmetrische Gangrän mitten in einer Reihe syphilitischer Manifestationen auf und wich wie diese rasch einer antisyphilitischen Kur. Es lag desshalb nahe, die Gangrän ebenfalls für eine syphilitische Manifestation zu halten, welche man vielleicht auf eine syphilitische Endarteritis zurückführen konnte. Unter 93 Fällen von symmetrischer Gangrän fand M. nur 10 bei nachweisbar Syphilitischen. 5mal handelte es sich um erworbene und 5mal um ererbte Syphilis. In keinem dieser Fälle waren jedoch so deutliche Beziehungen der beiden Krankheiten zu einander aufzufinden wie in M.'s Fall.

Von den weiteren Erörterungen, zu welchen M. seine 93 aus der Litteratur gesammelten Fälle benutzt, sind die Bemerkungen über die Beziehung der symmetrischen Gangrän zur paroxysmalen Hämoglobinurie, so wie über das Vorkommen von Nervenerkrankungen bei symmetrischer Gangrän und lokaler Asphyxie im Originale nachzusehen. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

21. **Th. Proskauer.** Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 16.)

Mittheilung eines auf der med. Abtheilung von Rosenbach in Breslau beobachteten Falles. Die betreffende Pat. kam aphasisch ins Hospital; von anderer Seite wurde nur ermittelt, dass die Sprachstörung seit 3 Tagen bestand. Die 74jährige schwächliche Frau zeigte beschleunigte und vertiefte, zeitweise stöhnende Athmung, kleinen, etwas unregelmäßigen Radialpuls (65); Temperatur 36,9. Das Sensorium war frei; Pat. verstand was man ihr sagte, konnte aber weder zusammenhängend sprechen, noch vorgesprochene Worte nachsprechen. Es bestand eine leichte Parese des rechten unteren Facialis; rechte Pupille etwas weiter als linke; Kontrakturen im rechten Arm und Bein; Patellar- und Plantarreflex links sehr hochgradig, rechts schwächer. Herzthätigkeit etwas arhythmisch, Töne rein, unter der rechten Clavicula eine etwa hühnereigroße Dämpfung. Tod nach 3 Tagen. Sektionsbefund (Klein): Muskulatur des linken Ventrikels hypertrophisch und degenerirt, Aortenklappen und unterer Theil der Aorta mäßig stark verfettet; Aortenbogen atheromatös, Aorta ascendens diffus aneurysmatisch. Beide Carotiden an der Theilungsstelle atheromatös und verkalkt; von da an ist die linke Carotis interna durch einen braunrothen derben, der Wand eng adhärirenden Thrombus vollständig verstopft. Beim Eintritt in den Schädelraum ein lockerer, bis zur ersten Theilung der Art. fossae Sylvii reichender Thrombus; der linke Stirnlappen blutärmer als der rechte, Basisgefäße ziemlich hochgradig verfettet. »Die Cirkulationsstörung war offenbar nicht so erheblich, dass sie eine anatomische Läsion (in Form von Erweichung) zur Folge haben musste. Der verminderte Blutzufluss führte nicht den Tod der Gewebselemente herbei, aber er genügte doch, ihre Funktion so weit zu beeinträchtigen, dass jene Anfallserscheinungen eintraten.«

Eulenburg (Berlin).

22. **Ch. Achard et L. Guinon.** Sur un cas de myélite aiguë diffuse avec double névrite optique.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1889. No. 5.)

Bei einem 24jährigen Pat., ohne hereditäre Belastung und ohne voraufgegangene specifische Infektion entwickelte sich zunächst eine völlige Amaurose in

6 Tagen; dann 16 Tage später die Symptome einer aufsteigenden Paralyse. Zuerst wurden die unteren Extremitäten, die Sphincteren, dann in geringerem Maße die oberen Extremitäten, schließlich die Respirations- und Deglutitionsmuskeln ergriffen. Die starken Sensibilitätsstörungen ließen den aufsteigenden Charakter der Paralyse deutlich erkennen. Weitere Fortschritte machte die spinale Läsion nicht. Nach dem Verlauf von 2 Monaten traten spastische Erscheinungen, wie Kontrakturen, Steigerung der Reflexe, epileptisches Zittern auf. Trotz dieser Symptome, die auf eine Sklerose der Seitenstränge hinwiesen, machte sich in den Ercheinungen der Paralyse eine sichtbare Besserung bemerkbar. 10 Wochen nach Beginn der Erkrankung stellte sich die Sehkraft zum Theil wieder her; die Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten und dem Rumpf verloren sich. Gleichzeitig hob sich die motorische Kraft in den oberen Extremitäten.

5 Monate nach Beginn der Erkrankung ging der Kranke an einer schnell verlaufenden Phthisis zu Grunde.

Die histologische Untersuchung des Rückenmarkes ergab das Vorhandensein einer großen Anzahl von Körnchenzellen, die in der Mitte der erkrankten Partien theils im Bindegewebe, theils im perivaskulären Raum angehäuft waren. Die Form der Zellen war groß, abgerundet, oval oder auch durch den gegenseitigen Druck polyedrisch. Sie hatten öfters mehrere Kerne. Ihr Anblick erinnerte an leere Fettzellen. Die von den Zellen eingeschlossenen Gefäße waren intakt. Die Erkrankung hatte die verschiedensten Stränge und Regionen des Rückenmarkes betroffen. In Bezug auf die topographischen Details sei auf das Original verwiesen. Hier sei nur bemerkt, dass sich vor Allem drei größere sklerotische Herde abgrenzen ließen: einer in den Nn. und Tract. opticis, ein anderer im oberen Cervicalmark und ein dritter im Dorsalmark. Daneben fanden sich zahlreiche sekundäre Degenerationen.

Obwohl Körnchenzellen bei akuten Myelitiden regelmäßig vorkommen, so glauben doch die Verff., dass eine derartige Anhäufung und regelmäßige Anordnung um die Gefäße zu den Ausnahmen gehört. Es existirt nur eine analoge Beobachtung von Küssner und Brosin im Archiv für Psychiatrie Bd. XVII.

In Bezug auf den Ursprung jener Körnchenzellen sind letzterwähnte Autoren der Ansicht, dass es sich um ausgewanderte weiße Blutkörperchen handelt. Die Verff. halten es für eben so wahrscheinlich, dass diese Zellen direkt aus dem Bindegewebe der perivaskulären Räume hervorgehen, das unter dem Einflusse des pathogenetischen Moments wuchert.

Die Zellen kehren zum embryonalen Zustande zurück und nehmen die Eigenschaften von Leukocyten an, d. h. sie sind fähig geworden, eine große Menge Fett und Myelin zu resorbiren, wie Ranvier in seinen Untersuchungen über die Resorption des Myelins nachwies.

Über die Natur dieser Myelitis, die Küssner und Brosin für infektiös hielten, vermögen die Verff. keinen Aufschluss zu geben. **A. Neisser** (Berlin).

23. **A. Gombault.** Sur l'état des nerfs périphériques dans un cas de myopathie progressive.

(Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol. 1889. No. 5.)

Beginn der Erkrankung im Alter von 17 Jahren. Zunächst Klagen über Schwäche beim Stehen; später Abmagerung an Beinen, Armen und Rumpf. Progressive Atrophie der Muskeln; am stärksten sind die unteren Extremitäten, die Schulter- und die Oberarmregionen beiderseits betroffen. Gesicht, Zunge und Schlund normal. Keine Kontrakturen, keine Sensibilitäts-, Blasen- oder Mastdarmstörungen. Patellarreflexe fehlen. Tod durch Tuberkulose.

Bei der histologischen Untersuchung des Rückenmarkes fanden sich die Vorderhörner intakt vor. Die Veränderungen der weißen Substanz bestanden in einem Verlust des Achsencylinders in einigen Nervenfasern, in einer Erweiterung der Gefäße bei verdickten Wandungen und in dem Vorkommen von circumscripten Herden von Spinnenzellen in der Nähe der Kommissuren und der Vorderhörner der Cervikalanschwellung.

In den vorderen Wurzeln des Rückenmarkes haben einige Nervenfasern —

besonders in der Cervikalregion — auch den Achsencylinder verloren. Die hinteren Wurzeln sind normal.

Die Muskeln bieten das Bild der einfachen Atrophie dar.

An den peripherischen Nerven, die mit Kal. bichrom. gehärtet und mit Pikrokarmin resp. Karmin und Hämatoxylin gefärbt sind, zeigten sich folgende Veränderungen: In einer großen Zahl von Nervenfasern war der Achsencylinder völlig geschwunden oder er nahm keine Karminfärbung an. Der Verlust des Achsencylinders fand sich an Fasern, deren Mark normal oder mehr oder weniger perlschnurförmig aussah, jedoch noch nicht in Kugeln zerfallen war. An diesen Fasern waren die Kerne nirgends vermehrt und das Protoplasma nicht verändert. Der Vorgang des Schwundes des Achsencylinders lässt sich in gewissem Grade verfolgen. In gewissen Entfernungen schwillt der Achsencylinder an und zeigt ein perlschnurförmiges Aussehen; dort beobachtet man dann zahlreiche Granulationen, besonders im Niveau der Anschwellungen; diese Granulationen werden vom Karmin sehr lebhaft gefärbt. Dann kommen wieder Stellen, wo die Nervenfaser schwächer wird. Die Veränderung des Achsencylinders ist nicht gleichmäßig, mitunter fehlen auch die Granulationen an den Anschwellungen. Mit der Zerstörung des Achsencylinders ist gleichzeitig eine solche des Markes verbunden. Die Markscheiden sind theils marklos oder enthalten noch Mark in Form von Kugeln.

Die Veränderung ist am stärksten an der Peripherie der Nerven; centripetalwärts nimmt sie mehr und mehr ab.

In Bezug auf die Pathogenese ist Verf. der Ansicht, dass es sich nicht um eine tuberkulöse Neuritis handelt, da die Beobachtung von den bisher beschriebenen Erscheinungen einer solchen Affektion wesentlich abweicht. Gewisse, vorher erwähnte Veränderungen am Rückenmark lassen auch unzweifelhaft auf ein längeres Bestehen dieser Erkrankung als der Tuberkulose schließen. Vorläufig lässt sich die Form dieser Neuritis nicht in den Rahmen eines der bekannten Typen einpassen. **A. Neisser** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

24. **O. Vierordt.** Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden. 2. Auflage.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1889. 581 S. 164 Abbildgn.

Schneller, als wir vermeint, hat sich unsere Prognose, dass die Kollegen und Jünger der Wissenschaft sich mit der V.'schen Diagnostik nachhaltig befreunden würden (vgl. d. Centralbl. 1889 No. 1 p. 23), erfüllt: zwischen der ersten und zweiten Auflage liegt wenig mehr als der Zeitraum eines Jahres. Dass letztere eine vermehrte und verbesserte, muss ohne Weiteres zugegeben werden. Die Erweiterungen füllen etwa 40 Seiten und betreffen, um nur des Hauptsächlichen zu gedenken, den laryngologischen Abschnitt und eine Diagnostik der pathogenen Mikroorganismen. Von letzteren sind treffliche farbige Illustrationen beigegeben. Die Zahl der Abbildungen hat um 8 zugenommen. Die Verbesserungen anlangend, steht in erster Linie eine zweckentsprechende Umarbeitung der Diagnostik des Mageninhaltes. Errata der ersten Auflage finden sich, offenbar aus Anlass des Inhaltes der Recensionen, vielfach korrigirt, so in Bezug auf die Darstellung der Tuberkelbacillen, der Gonokokken, der Differenzirung der Nierentumoren etc., doch fehlt es nicht an Wiedergeburten, welche uns belehren, dass der Autor es vorgezogen, im Irrthum zu beharren.

Die ernste wissenschaftliche Auffassung ist geblieben. Sie bietet im Verein mit der klaren Darstellung und koncinnen Diktion auf alle Fälle genügende Garantie für das Fortleben des gediegenen Lehrwerkes in der Gesellschaft der Besten ihrer Art. **Fürbringer** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (W. Wilhelmstraße 57/58), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i|E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 29. März.** **1890.**

Inhalt: 1. **Duflocq**, 2. Verein für innere Medicin, 3. **Bäumler**, 4. **O. Rosenbach**, 5. **Anton**, 6. **Strümpell**, 7. Gesellschaft der Charité-Ärzte, 8. **Mouisset**, 9. **Krehl**, 10. Greifswalder med. Klinik, 11. **Tranjen**, 12. **Schuster**, 13. **Michael**, 14. **Adler**, Influenza. — 15. **Stern**, Ventilation. — 16. **Kromayer**, Katarrhalpneumonie nach Masern und Keuchhusten. — 17. **Horwitz**, Samenblasenerkrankung. — 18. **v. Krafft-Ebing**, Psychosexuales Zwitterthum.

19. **Dittrich**, Pankreatitis. — 20. **Moncorgé**, Pankreascarcinom. — 21. **Leclerc**, Typhus. — 22. **Cuffer** und **Sollier**, Diathèse congestive veineuse. — 23. **van den Corput**, Einfluss der Antiseptica auf Potenz. — 24. **Butte**, Guaco. — 25. **Peterson**, Exalgin. — 26. **Dujardin-Beaumetz**, Antalgica. — 27. **Robin**, Thallin. — 28. **Knoblauch**, Sulfonal. — 29. **Rabow**, Chloralamid. — 30. **van Rey**, Santoninvergiftung. — 31. **Frey**, Jodoforminjektion bei Cystitis. — 32. **Preston**, Hirntumor. — 33. **Neuhaus**, Syringomyelie. — 34. **Charcot**, Nervöse Erscheinungen durch Blitzschlag.

Bücher-Anzeigen: 35. **A. Baginsky**, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. — 36. **J. Gottstein**, Krankheiten des Kehlkopfes.

1. Duflocq. Les variétés cliniques de la grippe à Paris en décembre 1889 et janvier 1890.

(Revue de méd. 1890. No. 2. Februar 10.)

In einer ziemlich umfangreichen Arbeit legt D. die Erfahrungen nieder, die er über die Influenza in der jüngsten Epidemie gesammelt hat. Er unterscheidet bei der Erkrankung drei verschiedene Hauptformen, nämlich diejenige, wo die Symptome von Seiten des Nervensystems, resp. der Brustorgane, resp. des Verdauungstractus prävaliren.

Die erste Form war wenigstens im Anfange der Epidemie die häufigste und ist wohl auch als die leichteste zu betrachten. Ihr Beginn ist oft ein sehr plötzlicher. Meist sind Kopfschmerzen das hervorstechendste Symptom, oft auch solche in der Nierengegend, in den unteren Extremitäten.

Seine zweite Hauptgruppe theilt D. in zwei Abtheilungen ein: die erste umfasst die Fälle, bei denen der Respirationstractus, die zweite solche, bei denen das Herz vorwiegend betheiligt ist. In der ersten Abtheilung sind zunächst die Fälle, welche mit einem heftigen Schnupfen einsetzen, zu erwähnen. Eine andere nicht zu seltene Form möchte D. als die laryngeale bezeichnen: Bei einigen Kranken tritt vom Beginn der Affektion an, bei anderen nach dem Fieberabfall eine Rauhigkeit der Stimme ein; der vorher seltene Husten wird häufig; in der Larynxgegend ist ein Hitzegefühl und Prickeln vorhanden, das Hustenreiz erzeugt. Nach 24 Stunden ist vollständige Aphonie eingetreten, die 3—4 Tage anhält und ganz allmählich verschwindet. In anderen Fällen sind die klinischen Erscheinungen des Glottisödems vorherrschend. Sehr verbreitet waren die von Bronchitis begleiteten Fälle, bisweilen war auch beträchtliche Dyspnoe vorhanden. Bevor dann D. zur Besprechung der Influenzapneumonie übergeht, erörtert er noch die ziemlich häufig beobachteten Kongestionen nach der Lunge, die oft recht schwer diagnosticirbar sind und zu ernsten Erscheinungen führen. Die Pneumonie fasst D. als eine Sekundärerscheinung auf, obgleich er die eigenartige Form derselben nicht verkennt: die Influenzapneumonie ist oft schleichend; Seitenstechen und charakteristisches Sputum können fehlen; der Kranke ist sich oft der Schwere seiner Erkrankung gar nicht bewusst. In der Mehrzahl der Fälle fand D. den Fraenkel'schen Diplococcus.

Der Puls ist in vielen Fällen beschleunigt, schwach, die Pulswelle niedrig. Die Schwäche des Herzschlages kann oft sogar gefahrdrohend werden. D. hat ferner Fälle beobachtet, bei denen Angina pectoris-ähnliche Anfälle auftraten; er bezeichnet diese Form als pseudo-anginöse.

Es folgt nunmehr die Betrachtung der dritten Hauptform. Es giebt zweifellos Fälle wo der Appetit und die Verdauung vollkommen normal bleiben. In anderen tritt leichtes Aufstoßen und Erbrechen und vorübergehende Appetitlosigkeit ein. Schwerer schon sind diejenigen Formen, wo die Appetitlosigkeit andauert und oft mit hartnäckiger Verstopfung verknüpft ist. Zu den ernsten Erkrankungen gehören die mit abundanten Diarrhoen einhergehenden, die man als choleriforme bezeichnen muss, und die mit blutigen, dysenterieähnlichen Stühlen. Die letzteren sind aber nur vereinzelt beobachtet worden.

In weiteren Kapiteln behandelt D. dann zunächst das Auftreten von Hautausschlägen, das er mehrfach beobachtet hat, sodann den Verlauf und die Folgen der Influenza. Auch in Paris war die Epidemie zunächst eine gutartige und hat erst allmählich wie bei uns einen ernsteren Charakter angenommen. Auch dort wurden viele alte und entkräftete, wie an chronischen Erkrankungen Leidende durch die Influenza hinweggerafft.

In einem Schlusskapitel erörtert der Verf. dann die Verbreitungs-

weise der Influenza, die er den Infektionskrankheiten zurechnet. Er glaubt die Erkrankung als eine kontagiöse bezeichnen zu müssen; das Incubationsstadium giebt er auf zwei Tage an.

M. Cohn (Berlin).

---

2. Weitere Mittheilungen über die in Berlin herrschende Influenza-Epidemie.

(Verein für innere Medicin in Berlin am 6. Januar 1890.)
(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 3 u. 4.)

Leyden giebt zunächst eine kurze Übersicht über die weitere Entwicklung der Influenzapandemie und geht dann auf seine Erfahrungen ein. Die Grundeintheilung in die katarrhalische, gastrische und nervöse Form trat immer deutlicher als richtig hervor, alle drei Formen setzen plötzlich ein unter Frösteln oder Schüttelfrost und fallen nach 2—3 Tage anhaltendem hohen Fieber entweder kritisch oder lytisch ab; der Anfang ist häufig von gastrischen Symptomen und sehr häufig von Injektionen und Schwellung der Augen, mit Conjunctivitis, was an die akuten Exantheme erinnert, begleitet. Jede Form hat ihre speciellen Symptome. Die katarrhalische Form zeigt neben der allgemeinen Erkrankung vorwiegend eine Lokalisation in den Respirationswegen, so dass die Bezeichnung respiratorische Form zulässig ist: Angina, Pharyngitis, Laryngitis, Stomatitis und Bronchitis sind vorhanden. Die Angina ist ausgezeichnet durch hämorrhagische Infiltration, Schwellung am Pharynx oder an der Uvula. Mehrfach hat L. Milzschwellung beobachtet und eine große Neigung zu Blutungen, wie Nasenbluten, Hämoptysis aus dem Pharynx und höchstens aus dem Larynx stammend, Metrorrhagien und einen Fall von Nierenblutung. Von Exanthemen kamen zur Beobachtung Herpes labialis, Urticaria, Papeln und Erytheme, namentlich dem Scharlach ähnliche. Die gastrische Form war mit Ikterus mehrmals verbunden, mit Koliken und Kardialgien; bemerkenswerth ist die langdauernde Anorexie. Zu der nervösen Form gesellen sich im weiteren Verlauf Neuralgien von großer Heftigkeit und Hartnäckigkeit; L. sah einen Fall von Meningitis und Otitis, einen Fall von Pneumonie und Meningitis (Koma, Genickstarre). Die Influenza kann sich mit den verschiedensten Erkrankungen verbinden, wodurch die Prognose getrübt werden kann; es kamen zur Beobachtung das Hinzutreten der Influenza zu Bronchialkatarrhen, Bronchialasthma, Herzkrankheiten, Tuberkulose der Lungen; auch im Beginne der Typhusrekonvalescenz trat sie einmal auf. Die schwerste Komplikation bildet das Auftreten der Pneumonie. Diese Pneumonie hat sehr viel Eigenthümliches: oft kommt es gar nicht zu einer richtigen Hepatisation, nur zu einer Kongestion, die rasch kommt und verschwindet, bald kommt es nur zu einer undeutlichen Dämpfung, allein der Verlauf ist ziemlich der regulären Pneumonie entsprechend. Zu seiner Ansicht, dass bei der Influenza verschiedene Formen der

Pneumonie kommen, eine katarrhalische, welche der Influenza als solcher angehört, und eine krupöse, welche wie die gewöhnliche Pneumonie verläuft und auf die Fraenkel'schen Diplokokken zurückzuführen ist, fügt L. vorläufig hinzu, dass in einem Falle von Influenzapneumonie die Fraenkel'schen Diplokokken deutlich im Sputum vorhanden waren, in zwei anderen Fällen nicht; diese beiden letzten Fälle kamen zur Autopsie und zeigten zerstreute pneumonische Herde; bei dem einen Falle ließ sich eine Reinkultur von Diplokokken erzielen, bei der zweiten letalen Pneumonie fanden sich vorherrschend lancettförmige Diplokokken neben mehreren anderen Formen. Influenzarecidive sind öfters beobachtet worden am 4. oder 5. Tage, wenn die Pat. sich für gesund hielten. Die Erfahrungen L.'s im Krankenhause sprechen nicht für eine Kontagion der Influenza, sondern für ein Miasma. Personen, welche dem Einfluss der Witterung ausgesetzt sind, erkrankten mit Vorliebe. Die Influenza selbst ist keine maligne Krankheit. Ein Kind erkrankte, das noch an der Mutterbrust lag. Für die Therapie fehlt das Specificum; vorwiegend wurde Antipyrin benutzt, welches schnell das Fieber ermäßigt und die Beschwerden der Pat.; sonst ist die Behandlung diätetisch und symptomatisch. Über die Beziehung des Denguefiebers zur Influenza giebt L. kein Urtheil ab, weil ihm die eigene Beobachtung des Denguefiebers fehlt, aber ein gewisser Zusammenhang zwischen ihm und der Influenza-Epidemie, so weit sich dieses aus Beschreibungen ersehen lässt, ist möglich.

Ewald theilt einen tödlich verlaufenden Fall mit, welcher einen jungen Arzt betraf; die Sektion zeigte eine eitrige Meningitis, die sich wesentlich an der Basis entwickelt hatte; die inneren Lamellen des Siebbeines und die oberen Nasenmuscheln waren mit dickem zähen Eiter belegt; zu Lebzeiten war ein Empyem der linken Highmorshöhle diagnosticirt und punktirt worden; es hatte sich beträchtlich viel stinkender Eiter entleert. Der Eiter, der in den Meningen gefunden wurde, enthielt den Staphylococcus pyogenes aureus. In einem anderen Falle trat eine weitausgedehnte Purpura haemorrhagica auf; an einer doppelseitigen Pneumonie ging die Pat. zu Grunde. Zu Lebzeiten lehrte die Blutuntersuchung eine Abnahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes um die Hälfte des normalen Werthes. Bei der Sektion fanden sich außer den pneumonischen Herden Blutungen auf dem Herzbeutel, in die Magenschleimhaut, in die Schleimhaut beider Nierenbecken; der Harn war ohne Blutbeimischung. Auch E. sah wiederholt Milzschwellungen, besonders scheint ihm die Schmerzhaftigkeit der Milz bei der Palpation bemerkenswerth; einen Zusammenhang der Influenza mit dem Denguefieber hält er für ausgeschlossen.

Fräntzel schließt die Übertragung der Influenza von Person zu Person aus.

George Meyer hat ebenfalls einen Säugling erkranken sehen; in einem Falle traten Blutungen aus beiden Ohren ein, der betreffende Pat. hatte eine alte Otitis media mit großer Perforation des Trommelfelles. M. tritt für die Verbreitung der Erkrankung durch Kontagion ein.

P. Guttmann sah unter 106 Erkrankten nur 3mal ein masernähnliches Exanthem; 1mal fand er hei einem Pat. mit heftigen Schmerzen in den Kniegelenken eine äußere Ähnlichkeit mit dem Denguefieber; für die Pneumoniefrage ist wichtig daran zu erinnern, dass überhaupt die Zahl der echten Pneumonien zu dieser Zeit in Berlin eine außerordentlich große ist, G. behandelte in Moabit in 5 Wochen 60 Pneumonien, während im Jahre 1888/89 im gleichen Zeitraume 20 zur Aufnahme

kamen. Während G. den Beweis der Kontagion der Influenza nicht für erbracht ansieht, neigt Henoch mehr für die Kontagiosität der Erkrankung.

Prior (Köln).

---

3. **Bäumler.** Über die Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 2. p. 21 u. 22.)

Die zahlreichen Erfahrungen sowohl in der Stadt wie im Hospital scheinen mit Bestimmtheit dafür zu sprechen, dass die Influenza eine rein kontagiöse Krankheit von sehr intensiver Kontagiosität und sehr kurzer Incubationszeit ist. Mit der gewöhnlichen Schilderung, dass die Influenza blitzartig einschlage, kann sich B. nicht immer einverstanden erklären; er sah, dass, wenn z. B. ein Influenzakranker in einen Saal voll anderer Kranken aufgenommen wurde, gewöhnlich schon nach 1 oder 2 Tagen Einzelne befallen wurden; mehrfach waren es die einem Influenzafall Gegenüberliegenden, welche zuerst ergriffen wurden; die Krankheit greift mit immerhin zuweilen recht auffälligen zeitlichen Zwischenräumen von Einem auf den Anderen über. Sind einmal in einer Stadt 100 Krankheitsherde vorhanden, so geschieht natürlich die Zunahme der Erkrankungszahlen sehr schnell. Die Empfänglichkeit für die Erkrankung ist eine sehr allgemeine. Das beobachtete Krankheitsbild ist kein ganz gleichmäßiges; nicht wenige Fälle verlaufen ohne alle katarrhalischen Erscheinungen seitens der Luftwege. Nahezu konstant ist eine zwar geringe, aber deutlich nachweisbare Milzvergrößerung; zuweilen ist der vordere Milzrand fühlbar gewesen. Fast in allen Fällen bestand eine leichte oder ganz ausgesprochene ikterische Färbung der Sklerae, bei intensiver Färbung auch der Haut. Bei hohem Fieber kam es zu leichter Albuminurie. Hautausschläge, außer Herpes labialis, sind nicht beobachtet worden.

Prior (Köln).

---

4. **O. Rosenbach** (Breslau). Einige Bemerkungen über Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 5. p. 95 u. 96.)

Die reinen Fälle von Influenza, d. h. Fälle, bei welchen die Erkrankung des Gesammtorganismus mit ihren Symptomen: Kopfschmerz, Schwindel, Muskelschmerz, Schwächegefühl, Fieber ohne jegliche Organerkrankung auftritt, beginnen stets plötzlich mit einem Frost; die mit einem Katarrh einhergehende Form zeigt oft ein auffallend langes Prodromalstadium, das sich auf 5—10 Tage ausdehnen kann. Die Prodromi bestehen in zunehmender Schwäche. Das febrile Stadium der reinen typischen Influenza überschreitet wohl nicht 2—3 Tage, die katarrhalische kann wochenlang, öfter mit Remissionen fiebern, dabei sind wirkliche Recidive des Fiebers nicht ausgeschlossen. Die reine Form zeigt ohne besonderen Grund in der Rekonvalescenz Erbrechen, Magenschmerzen, Diarrhoen, die Zunge ist nicht immer stark belegt. Bei beiden Arten der Influenza kamen im ersten Stadium der Erkrankung sehr flüchtige Erytheme vor; Abschuppung wurde

nicht beobachtet. Das Ödem der Augenlider kann bei der reinen Form so stark ausgeprägt sein, wie bei Nephritis und Trichinose, so dass man bei einer Anzahl von Pat. aus dieser Lidschwellung, die mit Conjunctivitis nicht immer verbunden ist, die Diagnose stellen konnte. Die katarrhalische Form stellt nach R. nur eine Komplikation der Influenza dar; die katarrhalischen Erscheinungen gehören eben so wenig zum Wesen der Influenza, wie der Bronchialkatarrh zum Abdominaltyphus; auffallend häufig kamen bronchopneumonische oder katarrhalische Herde im hinteren Theil des linken Unterlappens zur Beobachtung. Ein stärkerer typischer Schnupfen trat nur sehr selten zu Tage, doch bestand mit wenig Ausnahmen eine Schwellung der Nasenschleimhaut in mehr oder weniger starker Weise. In keinem Falle wurde eine Milzschwellung nachgewiesen. Auffallend im Vergleich zu früheren Jahren häuften sich im Allerheiligenhospital die Erkrankungen an Delirium tremens; in den meisten Fällen waren die Erscheinungen der Influenza bei den Erkrankten nicht deutlich vorhanden. Eben so war die Zahl der auf der Höhe der Aufnahme Influenzakranker im Hospital zur Beobachtung gekommenen Fälle von krupöser Pneumonie auffallend groß; ein Zusammenhang zwischen Influenza und dieser Pneumonie ist nicht zu konstatiren gewesen. Die Prognose ist sehr günstig. Die Kontagiosität der Influenza wird entschieden abgewiesen. Das Wichtigste bei der Behandlung der reinen Erkrankung ist Ruhe und Schonung; Antipyrin, Chinin, salicylsaures Natrium, Antifebrin verstärken den schon bestehenden Schwindel und verschlechtern die gastrischen Symptome; die Kopfschmerzen werden durch Antipyrin etc. nicht gemildert; oft aber trat nach Anwendung von Prießnitz'schen Einhüllungen der Stirn und nach Bepinseln der Nasenschleimhaut mit 1%iger Cocainlösung eine Abnahme ein. **Prior** (Köln).

---

5. **Anton** (Würzburg). Beobachtungen über Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Die auf der medicinischen Klinik in Würzburg gesammelten Beobachtungen sprechen für die Kontagiosität der Influenza, für welche Ansicht eine Anzahl Detailerfahrungen ausführlich mitgetheilt werden. Zur Behandlung kamen gerade 100 Personen. Die Krankheit setzte in der großen Mehrzahl mit nervösen Symptomen, Kopfschmerz und Schwindel ein, in 87%; nur in 7% bildete Husten das Initialsymptom. Schüttelfrost war bei 37%, leichtes Schütteln bei 30% vorhanden; sehr konstant waren die oft der eigentlichen Erkrankung und dem Fieber vorausgehenden Schmerzen in den Muskeln, Gliedern und Gelenken (78%). Exantheme kamen nur selten vor: Erythem in 7%, 1mal ein urticariaähnliches Exanthem. Herpes trat 6mal auf. Die Diagnose konnte oft schon gleich beim Eintritt gestellt werden aus dem eigenthümlich feuchten Glanz der Augen (68%), deren Conjunctiva stärker geröthet war. Anginen

kamen in 29% zur Beobachtung, 2mal Nasenbluten. Bronchitis wurde in 59% aller Fälle aufgefunden. Als Ausdruck der Infektion hat das Erbrechen im Beginn und im Verlauf der Erkrankung zu gelten, es kam in 21% vor, Diarrhoen in 8% und Verstopfung in 11%. Am Herzen fanden sich blasende, systolische Geräusche, aber meist nur beim Eintritt in die Behandlung; sie gingen ohne Verstärkung des 2. Pulmonaltones und ohne Veränderung der Herzdämpfung einher und verschwanden meistens schon am 2. Tage des Spitalaufenthaltes, ohne bleibende Störungen zu hinterlassen; im Ganzen sind es 7% aller Influenzabeobachtungen; es waren gerade Pat. mit nur geringem Fieber, so dass als Ursache für diese Herzerscheinungen eine direkte Infektion oder Vergiftung des Herzens (seiner Muskulatur oder Ganglien) angenommen werden müsse, welche zu einer mangelhaften Kontraktion des Herzens, speciell der Papillarmuskeln, uud so zu einer Geräuschbildung führte, gerade wie bei anderen Infektionskrankheiten. Dafür spricht auch die Thatsache, dass chronisch Erkrankte, welche schon eine Einbuße ihrer Herzkraft erlitten hatten, unter dem Einflusse der hinzugekommenen Influenza lediglich immer mehr durch die überhand nehmende Herzschwäche zu Grunde gingen. Leberveränderungen konnten nie konstatirt werden, dagegen fand sich in 14% eine deutlich palpable, außerdem in 2% eine perkutorisch nachweisbare Milzvergrößerung. So lange in der Rekonvalescenz die Milz noch geschwellt ist, besteht die Gefahr, dass die Erkrankung recidivirt. Leichte Albuminurie fand sich in 5%, echte Nephritis in 2%; auch hier ist nicht das Fieber die Ursache der Eiweißausscheidung, sondern die Infektionsstoffe oder die durch die Infektion im Organismus gebildeten Gifte, welche durch die Nieren ausgeschieden werden, die als Ursache zu gelten haben. In den beiden mit Nephritis verlaufenden Fällen bestand gleichzeitig Milzschwellung. Unter 36 weiblichen Erkrankten trat bei 7% die Menstruation ein, aber nur in einem Falle trat die Menstruation 8 Tage zu früh ein; bei den anderen Mädchen fiel die Erkrankung in die Zeit der Menses, so dass man daran denken kann, dass die Frauen zur Zeit der Regel besonders zur Influenza disponirt sind. Das Fieber zeigt keinen für die Diagnose verwerthbaren bestimmten Typus. Trotz Bettruhe und sorgsamer Pflege lieferte der Respirationstractus an Komplikationen Pleuritis sicca in 3%, Pleuritis exsudativa in 2, Bronchopneumonie in 4% aller Fälle. Auch in Würzburg kamen zur Zeit der Influenza oder im Anschluss an dieselbe auffallend viele und schwere krupöse Pneumonien zur Beobachtung, auch hier ist vor Allem das Herz gefährdet gewesen. **Prior** (Köln).

---

6. **Strümpell.** Über Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 6.)

7. Diskussion über Influenza in der Gesellschaft der Charitéärzte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 9.)

8. **Mouisset.** Statistique des malades atteints de grippe et traités dans le service de M. Lépine.

(Lyon méd. 1890. No. 7.)

Bei der großen Fülle von Veröffentlichungen über die nunmehr wohl völlig erloschene Influenza-Epidemie ist es uns naturgemäß unmöglich, jede einzelne Erscheinung in diesem Blatte des Genaueren zu referiren. Wir werden daher aus den vorstehenden wie aus späteren Arbeiten nur besonders interessante und strittige Punkte hervorheben, das weniger Wichtige und allgemein Anerkannte aber unerörtert lassen.

S. weist zunächst darauf hin, dass während der Epidemie doch wohl so mancher simpler Katarrh als Influenza aufgefasst worden und daher immerhin eine gewisse Vorsicht in der Verwerthung des Materials nothwendig sei. Er unterscheidet 4 Erkrankungsformen: die typhöse, katarrhalische mit specieller Betheiligung des Respirationstractus, katarrhalische mit specieller Betheiligung des Digestionstractus und die rheumatoide Form. Natürlich gehen die verschiedenen Formen oft in einander über.

Was den Fieberverlauf anbetrifft, so stellt S. folgende 4 Typen auf: 1) Bei leichten Fällen geringes, unregelmäßiges Fieber. 2) In mittelschweren Fällen mit anfänglich hohem Fieber oft Entfieberung für einige Tage und dann Wiederanstieg zur früheren Höhe. 3) Mehrere Tage anhaltendes hohes Fieber bei 40—40,5°; dann rasche kritische Entfieberung; dabei meist schwere Lungenerscheinungen. 4) Bei ausgedehnten lobulären Pneumonien und bei Pleuritiden ziemlich hohes, stark remittirendes Fieber, das zuweilen erst in der 3. bis 4. Woche lytisch abfällt. Von Nachkrankheiten, die L. als Sekundäraffektionen aufgefasst sehen will, beobachtete er zahlreiche Pneumonien und Pleuritiden, einige Male Nephritis. —

Die Diskussion in der Gesellschaft der Charitéärzte wurde durch Mehlhausen eingeleitet, der zunächst die Erkrankung des Personals besprach, von welchem 61%, allerdings meist nur leicht, ergriffen wurde. Bei dem Krankenbestand beobachtete M. einen sehr schädlichen Einfluss der Influenza auf Phthisiker, an chronischen Katarrhen der Respirationsorgane Leidenden und auf chronische Alkoholisten.

Senator spricht zunächst über die Art der Verbreitung der Influenza; er neigt zur Annahme eines Miasmas. Personen, die viel im Freien sind, werden mehr befallen als solche, die sich ruhig im Zimmer halten. Dann wendet sich S. zur Besprechung einiger Besonderheiten im Verlaufe: häufiger Verlust des Geschmacks und Geschmackshallucinationen; mehrmals psychische Störungen von längerer Dauer; selten nur Ikterus und Milzschwellung; einmal Verstopfung der Arterien beider Unterschenkel mit Gangrän. Von Seiten der Haut: je 1mal Urticaria und Herpes labialis, 2mal Ausschläge in Art von Peliosis rheumatica. Im Harn wurde oft Eiweiß, einige Mal starker Indigogehalt und Diazoreaktion gefunden.

Landgraf berichtet über den Verlauf der Erkrankung im ersten Berliner Garnisonlazarett. Er will unterscheiden zwischen leichten, mittleren und schweren Fällen. Durchgehend waren nervöse Erscheinungen vorhanden. Sehr häufig beobachtete L. Angina, bisweilen danach Entzündung des Gehörorgans mit Perforation des Trommelfelles. 1mal sah L. eine Thränensackentzündung. In 2 Fällen

wurden ausgesprochene epileptische Anfälle beobachtet. Häufig kam Herpes vor, 1mal ein scarlatinaähnliches Exanthem. Unter den Nachkrankheiten spielten katarrhalische Pneumonien mit eigenthümlich stark remittirendem Fieberverlauf die Hauptrolle; nur 1mal sah L. Pleuritis.

Uhthoff sah in 3 Fällen doppelseitige Accommodationslähmung.

Brieger beobachtete 2mal Gelbsucht.

Gerhardt spricht sich sehr entschieden für die Kontagiosität der Erkrankung aus. Er beobachtete einen Fall von symmetrischer Gangrän an den Unterextremitäten. Die Pneumonien waren sehr verschiedenartig mit oft unregelmäßigem und schwerem Verlauf und großer Mortalität. G. sah auch recht zahlreiche Pleuritiden.

Hauchecorne berichtet, dass in der Henoch'schen Poliklinik verhältnismäßig recht wenige Influenzafälle beobachtet wurden, die Henoch'sche Klinik blieb völlig immun. In seiner Privatpraxis sah H. bedrohliche Herzschwäche bei einer mit mäßigem Cor adiposum behafteten Frau in den mittleren Jahren; ferner bei einer Stillenden Abnahme der Milchsekretion, die sich nach 8 Tagen wieder einstellte; das Kind blieb ohne Schaden an der Brust. —

M. will eine nervöse, pulmonäre und gastro-intestinale Form unterscheiden. Der Beginn der Erkrankung ist fast stets ein sehr plötzlicher. Am häufigsten sind die Respirationsorgane ergriffen; Pleuritis und Empyem wurden mehrfach beobachtet. Die gastro-intestinale Form betraf meist Personen, die an Erkrankungen des Digestionstractus litten. Vorher durch Krankheit geschwächte Personen erlagen oft der Influenza; bestehende Krankheiten nahmen einen sehr ernsten Verlauf, z. B. trat bei einem Brightiker eine akute, hämorrhagische Nephritis auf. Schließlich wurde der Ausbruch schwerer Krankheiten, z. B. Phthise, grande Hysterie während des Verlaufes der Influenza beobachtet.

M. Cohn (Berlin).

---

9. **Krehl.** Beobachtungen über Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 6.)

10. **Mosler, Peiper, Niesel, Colley.** Zur Kenntnis der in Greifswald beobachteten Fälle von Influenza.

(Ibid. No. 8.)

11. **Tranjen.** Chinin als Prophylakticum bei Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 7.)

K. berichtet über 170 Fälle von Influenza, die auf der Curschmann'schen Klinik zur Beobachtung gekommen sind. Entsprechend den klinischen Verhältnissen handelte es sich meist um schwerer erkrankte Pat., die den niederen Klassen entstammten. Der Beginn der Erkrankung war meist ein plötzlicher, von Frösteln begleitet: Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schnupfen waren meist schon im Anfange vorhanden. In 82% der Fälle wurde Bronchitis meist mit heftigem quälenden Husten beobachtet; Laryngitis sah K. nur selten und dann rasch vorübergehend. Die Schleimhäute des Verdauungstractus waren wesentlich seltener erkrankt, mit Ausnahme der Mundschleimhaut, die immer geröthet und geschwollen gefunden wurde; selten war Angina tonsillaris. Appetitlosigkeit und Verstopfung wurde in zahlreichen Fällen, Erbrechen sehr vereinzelt beobachtet. In 12,9% der Fälle sind Durchfälle verzeichnet, einmal wurde ein blutiger Stuhl bemerkt. Von Seiten der Leber nie Erscheinungen; Milzschwellung in 10% der Fälle; in 3,5% enthielt

der Harn für kurze Zeit Eiweiß, in 2,9% war Nephritis vorhanden; alle Nephritiden heilten in wenigen Tagen. Kreislaufstörungen wurden nur 2mal vermerkt; besonders hebt K. hervor, dass 9 Kranke mit Klappenfehlern durch den Influenza-Anfall auffallend wenig berührt wurden. Exantheme fanden sich nur in einer kleinen Zahl von Fällen; in 12,4% Herpes labialis.

Über die Temperaturverhältnisse vermag auch K. etwas allgemein Gültiges nicht anzugeben; der Anstieg erfolgte in allen Fällen rasch, der Abfall war bei den leichteren Fällen häufiger kritisch, bei den schweren häufiger lytisch. Auch K. hebt die im Verhältnis zur Dauer und Schwere der Krankheit und zur Höhe des Fiebers sehr langsame Rekonvalescenz hervor.

Von den Kranken wurden 98,8% völlig geheilt, 1,2% starb an Pneumonie. An Komplikationen wurde beobachtet: in 1,8% der Fälle Perforation des Trommelfelles nach Otitis media; in 7% schwere protrahirte Bronchitis; in 11,2 Pneumonie. Bei den Pneumonien unterscheidet K. zwischen katarrhalischen, die sich auf dem Boden einer Bronchitis entwickelten, und solchen, die nach Ablauf der Influenza selbständig entstanden und im Großen und Ganzen den Eindruck genuiner fibrinöser Pneumonie machten. Auf die genauere Symptomatologie dieser Pneumonien will K. an anderer Stelle eingehen. —

Über die in der Greifswalder Klinik und Poliklinik beobachteten Influenzafälle berichten M. und seine Assistenten. M. unterscheidet zwischen leichten Fällen, die in 5—6 Tagen abliefen, und schweren, die entweder einen typischen Verlauf nahmen oder zu Komplikationen führten. In den ersten Wochen verlief die Epidemie milde, später erst traten schwerere Erscheinungen gastrischer, nervöser, rheumatischer Art, so wie heftige Bronchial- und Lungenaffektionen auf. Von Seiten des Nervensystems waren Kopf-, Kreuz-, Muskelschmerzen vorherrschend; einmal wurde hochgradige Hyperästhesie der unteren Extremitäten bei einem Kinde beobachtet. Von Hautausschlägen wurde nur Herpes labialis vermerkt. Außer Appetitlosigkeit und Durst kamen Störungen des Verdauungsapparates von längerer Dauer nicht vor; leichte Milzschwellung wurde in den schwereren Fällen öfters konstatirt. Am meisten ergriffen war der ganze Respirationstractus; Bronchopneumonien schlossen sich häufig an Bronchitis an. Sie imponirten nicht selten als krupöse Formen, es kam aber niemals zu regelrechter Hepatisation. In den letzten Wochen der Epidemie wurden auch sehr schwere Pneumonien, komplicirt mit Pleuritiden, einmal auch ein Lungenabscess beobachtet. Weiter war in einem Falle nach Bronchopneumonie rechtsseitiger Pneumothorax entstanden. Recidive wurden des öftern beobachtet. M. hält die Krankheit ganz entschieden für kontagiös. Therapeutisch gab M. im Anfange ein Abführmittel, oft mit gutem Erfolge; bei Fieber und Neuralgien Chinin; bei Bronchitis Einathmungen von Oleum Eucalypti, gleichzeitig innerlich Tart. stibiatus oder Am-

monium bromatum. Im Ganzen kamen auf M.'s Klinik 40 Fälle zur Aufnahme; keiner starb, die Rekonvalescenz dauerte meist längere Zeit. —

N. berichtet über die Temperaturverhältnisse bei Influenza. Von 40 Fällen boten 30 bei der Aufnahme entweder gar keine oder nur ganz leichte und schnell vorübergehende Temperatursteigerungen dar. Die übrigen 10 sind mit Ausnahme von 3 durch Pneumonie komplicirte reine Influenzafälle. Die höchste Steigerung betrug 40,5°, die Fieberperioden währten 3—8 Tage. Ein Stadium Akmes kam nur in einem Falle zur Beobachtung, sonst schloss sich stets an die höchste Temperatursteigerung sofort der Abfall an; letzterer bot immer einen remittirenden Typus dar. Von den 3 Pneumoniefällen trat in zweien die Pneumonie auf der Höhe der Influenza auf, bei einem als die Defervescenz eben eingetreten war. Die Temperaturkurven zeigten einen ausgesprochen remittirenden Typus mit beträchtlichen morgendlichen Remissionen, welche der Norm sehr nahe kamen. Die abendlichen Exacerbationen wurden allmählich niedriger, bis nach 3—7 Tagen volle Defervescenz eingetreten war. —

P. erstattet Bericht über 217 Fälle aus der medicinischen Poliklinik. Er unterscheidet 3 Gruppen von Erkrankungen: zur ersten rechnet er jene ganz leichten Fälle, die ohne erhebliche Symptome und ärztliche Hilfe in kurzer Zeit zum Ablaufe kamen. Zur zweiten Gruppe zählt er die Fälle typischer Influenza ohne Komplikationen, zur dritten die Fälle mit Komplikationen. Unter letzteren beansprucht die Pneumonie das Hauptinteresse. Dieselbe wurde 11mal beobachtet, verlief meist schleichend, physikalischer Befund und Sputa waren wenig charakteristisch, der Fieberverlauf war irregulär; diese Fälle endeten letal. In der Rekonvalescenz wurden mehrfach Neuralgien, zweimal kleienförmige Desquamation beobachtet. —

C. hat in der Poliklinik 187 Fälle behandelt, darunter waren 14 durch Pneumonien, 12 katarrhalische und 2 fibrinöse komplicirt. Im Ganzen war bei Erwachsenen mehr der Respirationstractus, bei Kindern der Verdauungstractus afficirt. —

T., Militärarzt in Bulgarien, hat prophylaktisch jedem Soldaten 0,3 Chinin. sulfuricum täglich verabreicht und damit einen eklatanten Erfolg erzielt. Für ein Specificum gegen die Influenza hält er aber das Chinin nicht. **M. Cohn** (Berlin).

---

12. **Schuster** (Aachen). Zur Abortivbehandlung der heutigen Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 3. p. 58.)

Von der Annahme ausgehend, dass die Einwanderung des specifischen Influenzakeimes durch die Verdauungsorgane in die Säftemasse geschehe, weil in allen fieberhaften und den meisten fieberlosen Fällen die Verdauung vollständig gestört ist und die pathogenen Pilze sich gern an der Einwanderungsstelle kolonisiren, verordnet S.

das Kalomel in 1—2maliger, nach 6—8 Stunden abführend wirkender Dosis, sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen (0,15—0,6); tritt keine ergiebige Stuhlentleerung ein, so wird hinterher Ricinusöl oder Brustpulver gegeben. Noch ehe die abführende Wirkung eintritt, lassen jedes Mal Fieber und Kopfschmerz, auch in schweren Fällen, nach, so dass viele, scheinbar schwer Erkrankte am anderen Tage gesund aufstehen und am folgenden Tage zu ihrer Beschäftigung zurückkehren können; auch der Husten wird meistens rasch beseitigt. In fieberlosen Fällen, welche wohl meistens aus einem Fieberstadium verschleppt sind, bewirkt das Kalomel mit der abführenden Wirkung einen vollständigen Nachlass der Kopfschmerzen, während die Mattigkeit nicht so rasch vergeht. In einer Anmerkung fügt S. bei, dass der Generalarzt Wolff fast ausnahmslos sehr günstige Erfolge bei dieser Abortivbehandlung erzielt hat.

Prior (Köln).

---

13. **Michael.** Das Wesen der Influenza mit specieller Berücksichtigung der Ohrsymptome.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 6.)

M. fasst die Anschauungen, die er sich über das Wesen der Influenza gebildet hat, in die folgenden Sätze zusammen:

1) Die Ohrsymptome bei Influenza sind subjektiv und objektiv der Ausdruck einer intensiven Hyperämie der Schleimhaut des Gehörorgans.

2) Das Charakteristische der Influenza-Erscheinungen im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten besteht für die unkomplicirten Fälle in einer intensiven Hyperämie der befallenen Organe im Gegensatze zu den sonst producirten Entzündungen.

3) Die Hyperämie ist auch die indirekte Ursache der beobachteten Komplikationen, indem sie erstens bei geschwächten Gefäßwänden zu Zerreißungen und Blutungen Veranlassung giebt, zweitens bereits abgelaufene oder chronisch gewordene entzündliche Processe aufs Neue entfacht resp. rekrudescirt, und drittens die Schleimhäute für die Aufnahme anderer Infektionsträger in hohem Grade empfänglich macht.

4) Die Therapie soll den Anforderungen dieser Theorie entsprechen.

5) Die Namen »Influenza«, »Grippe« sind für die in Rede stehende Pandemie zu reserviren, während die regelmäßigen epidemischen Bronchialkatarrhe als epidemischer Katarrh bezeichnet werden können.

M. Cohn (Berlin).

---

14. **Adler.** Über Influenza-Augenerkrankungen.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 4.)

Bei Pat., welche die Influenza überstanden hatten, hat A. eine ganze Reihe von Augenerkrankungen der verschiedensten Art beob-

achtet. So kamen Keratitis, Hypopyon, Ulcus corneae perforans, Iritis, Glaucom, zahlreiche Neuralgien vor. A. glaubt aber, dass man in allen diesen Fällen mit der Diagnose post hoc ergo propter hoc recht vorsichtig sein müsse. Augenerkrankungen während des Influenza-Anfalles wurden nur sehr selten, etwa in 0,4—0,5% der Fälle beobachtet; auch blieb die Influenza auf bestehende Augenerkrankungen ohne Einfluss. A. schließt daraus, dass die vorkommende Influenza-Augenaffektion relativ selten, für das Sehvermögen ungefährlich und polymorph ist; es giebt keine für Influenza charakteristische Augenerkrankungsform. **M. Cohn** (Berlin).

---

15. **R. Stern.** Über den Einfluss der Ventilation auf in der Luft suspendirte Mikroorganismen. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Breslau.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII.)

S.'s Versuche sind in der Weise angestellt, dass feiner Staub aus Schulzimmern, aus den Arbeitsräumen von Fabriken etc. sterilisirt und dann mit einer bestimmten Bakterienart imprägnirt wurde. Als letztere wurde Bac. Megatherium gewählt, weil es nicht pathogen ist, durch Austrocknen nicht zu Grunde geht und sehr leicht nachweisbar ist; die Kulturflüssigkeiten wurden mit dem Staub zu einem dicken Brei verrieben, dieser unter der Luftpumpe über Chlorcalcium getrocknet und mittels eines Pulverzerstäubers möglichst gleichmäßig im ganzen Zimmer vertheilt. Es wurde dann nach dem Petri'schen Verfahren die ursprüngliche Zahl der Luftkeime und die späterhin nach der Ventilation etc. vorhandene bestimmt. Hierbei ergab sich, dass sich in ruhiger Luft die verstäubten Keime rasch zu Boden senken, die hierzu erforderliche Zeit ist natürlich länger, je leichter der Staub ist; die meistens übliche Ventilationsstärke (1—3malige Lufterneuerung in der Stunde) macht die Luft nicht wesentlich schneller keimfrei, als das bloße Absetzenlassen; eine schnelle und vollständige Fortführung der Keime lässt sich nur durch kräftigen Zug (10fache Lufterneuerung) erreichen; auch hierbei erfolgt eine nennenswerthe Ablösung von Keimen vom Fußboden, Tapeten, Möbeln, Kleiderstoffen nicht. Eine nicht beträchtliche Beschleunigung des Absetzens der Keime hat auch die Entwicklung von Wasserdampf zur Folge. In praktischer Beziehung schließt S. aus seinen Versuchen, dass es zur einmaligen Desinfektion eines nicht mehr bewohnten Raumes am vortheilhaftesten ist, denselben 12—24 Stunden bei geschlossenen Thüren und Fenstern zu halten, dann, wenn sich sämmtliche Keime gesenkt haben, Fußboden, Wände etc. zu desinficiren. Eine Desinfektion von Kleidern durch starkes Durchlüften, wie sie mehrfach empfohlen wird, erscheint aussichtslos. In dauernd belegten Krankenzimmern wird man bei der Unwirksamkeit gewöhnlicher Ventilation für die Desinficirung jede Erregung von

Staub möglichst vermeiden müssen, am besten durch regelmäßiges nasses Aufwaschen mit $1^0/_{00}$iger Sublimatlösung.

Strassmann (Berlin).

---

16. **Ernst Kromayer** (Bonn). Über die sogenannte Katarrhalpneumonie nach Masern und Keuchhusten.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 452.)

Auf Grund der genauen Untersuchung von 9 Fällen katarrhalischer Pneumonie (6 nach Masern, 3 nach Keuchhusten) schildert der Verf. diesen Process in folgender Weise: Neben Herden, welche das gewöhnliche in den Lehrbüchern geschilderte Bild lobulärer Bronchopneumonie bieten (Anfüllung der Alveolen und des zuführenden kleinsten Bronchus mit Rundzellen und Epithelien bei intaktem interalveolärem Bindegewebe), finden sich in größerer Zahl andere, bei welchen interstitielle Processe in ziemlich gleicher Ausdehnung wie die parenchymatösen vertreten sind, resp. solche, die im Wesentlichen nur interstitielle peribronchiale und interalveoläre Entzündung darbieten. Der Verf. hält diese interstitielle Entzündung um die Bronchialenden für die Grundlage der lobulären Pneumonie nach Masern und Keuchhusten und sieht in ihr nicht nur die Ursache der pneumonischen Ausfüllung der Alveolarräume, sondern auch die »Ursache für das Sitzenbleiben dieses Exsudates, da durch das wuchernde Bindegewebe die Lymphgefäße theils obliterirt, theils offenbar in ihrer Resorptionsfähigkeit beschränkt sind«. Die durch Bronchialsekret bedingten lobulären Herde hält er für etwas Nebensächliches.

Bezüglich der Histologie der interstitiellen Herde hebt der Verf. besonders zwei Eigenthümlichkeiten hervor, nämlich die Bildung von Riesenzellen und das Auftreten der von Friedländer so genannten atypischen Epithelwucherungen. Von Riesenzellen unterscheidet der Verf. 3 Formen, nämlich solche mit bläschenförmigen, blass gefärbten Kernen in sehr wechselnder Zahl von 2—20, welche durch Zusammenfluss von abgestoßenen Alveolarepithelien entstanden sind; ferner Zellen mit länglichen, stark gefärbten Kernen, welche durch Wucherung der Alveolarepithelien entstehen (Abschnürung und Sprossung) und endlich Riesenzellen, die aus den Friedländer'schen Epithelwucherungen hervorgehen. Diese zuerst von Friedländer beschriebenen Epithelwucherungen, welche man bekanntlich bei Tuberkulose, interstitieller Pneumonie und den verschiedensten Geschwülsten an Stellen antrifft, wo wucherndes Bindegewebe an Alveolen anstößt, leitet der Verf. im Gegensatz zu Friedländer nicht von dem Cylinderepithel der Bronchien ab, sondern erklärt sie für Produkte der kubischen Alveolarepithelien. Er betrachtet diese Wucherung als ein weiteres Stadium des so überaus häufigen und vielfach erwähnten Processes in den Lungen, der Umwandlung des Plattenepithels der Alveolen in kubisches Pflasterepithel und glaubt, dass

sie eine Art Regeneration für die in ihrer Struktur zu Grunde gegangenen oder wenigstens stark alterirten Alveolen bedeute.

Der Verf. hebt besonders hervor, dass die von ihm beschriebenen interstitiellen pneumonischen Veränderungen zwar den tuberkulösen sehr ähnlich seien, will jedoch Tuberkulose in seinen Fällen mit Sicherheit ausschließen, da weder Tuberkel noch Verkäsung oder Riesenzellen mit peripher gestellten Kernen vorkamen und da keine Tuberkelbacillen gefunden wurden. Auch andere Bakterien, die für den Process als charakteristisch angesehen werden könnten, hat er nicht gefunden. **F. Neelsen** (Dresden).

---

17. **M. Horwitz** (Wien). Zur Klinik der Samenblasenerkrankung.

(Wiener med. Presse 1889. No. 33 u. 34.)

Primäre akute Erkrankungen der Samenblasen sind außerordentlich selten; die Affektionen sind meist sekundärer Natur. Als Ursachen kommen in Betracht akuter und chronischer Tripper, Strikturen der Harnröhre, Tuberkulose der Prostata und Harnblase, bösartige Tumoren, Harninfiltration, pyämische und septische Processe. Auch bei Tripper ist die Spermatocystitis selten und steht dieses seltene Auftreten in einem bisher nicht erklärten Missverhältnisse zu der so häufigen Miterkrankung der Nachbargebilde. Spermatocystitis findet sich bei akutem Tripper des hinteren Harnröhrentheiles oder bei chronischem Tripper mit akuter Exacerbation.

Die Symptome vorliegender Erkrankung sind: Fieber, krampfartige Schmerzen vom Mittelfleisch gegen Harnröhre und Blase ausstrahlend, Harndrang, peinliches Wollustgefühl. Auf der Höhe des Schmerzanfalles tritt eine Kontraktion der Perinealmuskulatur mit Austreibung einer trüben dicken Flüssigkeit ein, aus Samenfäden, Eiterkörperchen und spärlichen Epithelzellen bestehend. Per rectum lässt sich eine Schwellung der Samenblasen mit Druckschmerz erkennen. Alle diese Symptome geben aber nur dann sichere Anhaltspunkte, wenn gleichzeitig eine Epididymitis vorliegt.

Die Prognose dieser Art der Erkrankung ist eine gute; bei schwereren Fällen kann es auch zu Hämatospermie kommen. Die Behandlung besteht in wochenlanger Enthaltsamkeit, Kälte auf dem Perineum und Regelung der Darmthätigkeit. Die intensivste Form besteht in Vereiterung der Samenblasen, wobei Prostata und Ampulle des Vas deferens in Mitleidenschaft gezogen wurden; auch allgemeine Infektion droht. Letzterer Fall tritt besonders bei sehr engen Strikturen ein und führt zu Fistelbildung, die chirurgische Behandlung beansprucht. **Leubuscher** (Jena).

---

18. v. Krafft-Ebing (Graz). Über psychosexuales Zwitterthum.

(Internationales Centralbl. für die Physiol. u. Pathol. der Harn- und Sexualorgane Bd. I. Hft. 2.)

v. K.-E. versteht unter psychosexualen Zwittern Individuen, »bei welchen sowohl Personen des anderen als des eigenen Geschlechts gegenüber sexuale Empfindungen und Dränge sich vorfinden und nach Umständen Befriedigung finden«. Das psychosexuale Zwitterthum findet sich sowohl bei Männern wie bei Frauen; es kann sowohl erworben wie angeboren vorkommen. Gemeinsam ist beiden Kategorien: eine mehr oder weniger schwache heterosexuale Veranlagung und die Wirkung psychosexual schädigender Einflüsse (Onanie oder äquivalente Gelegenheitsursachen). Das, anscheinend gar nicht selten vorkommende, angeborene psychosexuale Zwitterthum stellt ein funktionelles Degenerationszeichen erblicher neuropathischer Belastung dar; es bildet die mildeste Stufe der sogenannten konträren Sexualempfindung, zu der es — übrigens eben so wie das erworbene — bei weiterer Entwicklung der homosexualen und fortschreitender Verkümmerung der heterosexualen Veranlagung auch führen kann. Dass bei dieser Kategorie die homosexuale Empfindung von vorn herein immer die mächtigere gegenüber der heterosexualen ist, geht schon daraus hervor, dass Traumpollutionen bei ihnen ausschließlich von homosexualen Traumbildern ausgelöst werden. Bei dem erworbenen psychosexualen Zwitterthum werden die homosexualen Gefühle auf Kosten der zunächst vorherrschenden heterosexualen gezüchtet. Die häufigste Entstehungsweise dieser Form zeigt etwa folgenden Gang: Nervöse Belastung, psychosexuale schwache Veranlagung, trotzdem aber starke physische sexuale Reizbarkeit — beides kann sich auf dem Boden erblicher Belastung nach v. K.-E. zusammen vorfinden —, Onanie vor der Pubertät, dadurch Schädigung der Charakterentwicklung, des körperlichen Kraftgefühls und Selbstvertrauens bis zur Furcht und Scheu vor dem anderen Geschlecht, zugleich sexuelle Neurasthenie und reizbare Schwäche. Die Folge ist Scheu vor dem Coitus wegen Impotenz resp. wegen mangelnder Befriedigung oder selbst Unlustgefühles. Dabei bleibt aber das grobsinnliche Bedürfnis gleichwohl ein großes; in Folge dessen wird, nach zeitweiser Abstinenz, die Onanie fortgesetzt, bis gelegentliche Verführung oder Freundschaftsgefühle, die sich bei solcher Situation leicht mit sexualen verbinden, zur Entwicklung homosexualer Gefühle und Dränge führen. Misserfolge und mangelnde Befriedigung bei gelegentlich von Neuem versuchten Verkehr mit dem anderen Geschlecht drängen dann immer mehr auf die perverse Bahn.

Auch bei Erwachsenen kann sich Derartiges entwickeln. Beim Manne ist dann fast ausnahmslos irgend wie entstandene Impotenz bei großer Libido die Ursache, bei der Frau irgend wie bedingter

Mangel des Wollustgefühls beim Geschlechtsakt, eventuell auch Scheu vor Gravidität, Abneigung gegen den Mann.

v. K.-E. hält es für möglich, dass die angeborenen psychosexualen Zwitter »Descendenten von durch Züchtung homosexual fühlend gewordenen Eltern und Beispiele von durch Vererbung fixirten Eigenschaften, die von den Ascendenten erworben worden waren«, sind.

Für die Differentialdiagnose zwischen dem erworbenen und dem angeborenen psychosexualen Zwitterthum ergiebt sich aus dem Gesagten, dass bei den erworbenen Fällen die homosexuale Empfindung sekundär auftritt und auf die die normale Geschlechtsbefriedigung störenden Momente sich zurückführen lässt, dem entsprechend auch als lasterhaft oder krankhaft aufgefasst und ihr nur faute de mieux nachgegeben wird (so lange nicht Juvenia sexualis sich entwickelt hat), während die heterosexuale Empfindung lange die vorherrschende bleibt und die Unmöglichkeit ihrer Befriedigung peinlich empfunden wird. Hingegen ist bei den angeborenen Fällen die homosexuale Empfindung die primäre, selbst im Traumleben dominirende und als normal empfundene, während die heterosexuale nur eine episodische, faute de mieux eintretende, nicht in der Psyche des Individuums wurzelnde Empfindung darstellt.

Für beide Kategorien wird zur Illustrirung je ein Fall mitgetheilt, von denen der eine, ein angeborenes psychosexuales Zwitterthum bei einem 25jährigen Gutsbesitzer durch hypnotische Behandlung — hypnotische Absuggerirung der Onanie und der Neigung zum Manne und Ansuggerirung der Empfindung für das weibliche Geschlecht — geheilt wurde. **A. Freudenberg** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

19. **P. Dittrich.** Über einen Fall von genuiner akuter Pankreasentzündung nebst Bemerkungen über die anatomische und forensische Bedeutung der Pankreasblutungen.

(Eulenburg's Vierteljahrsschrift Bd. LII.)

Bei einem 21jährigen Sträfling trat ein heftiger Kolikanfall, der Gegend des Quercolon entsprechend, auf. Nach 4 Wochen wiederholte sich derselbe. Wahrscheinlich durch die Schmerzen getrieben machte der Pat. einen Erhängungsversuch, wurde aber noch rechtzeitig abgeschnitten und wieder zum Bewusstsein gebracht. Unmittelbar danach erneuerten sich die Schmerzen. Es trat Collaps ein und ca. 30 Stunden nach dem Conamen suicidii der Tod. Die Sektion ergab akuten Milztumor, starke Blutunterlaufungen im Gewebe um das Pankreas, dieses selbst sehr locker, zerreißlich, von vielen Hämorrhagien durchsetzt. Der Pankreaskopf zeigte daneben erhaltenes Drüsengewebe, aus demselben entleerte sich dicker Eiter, von dem auch 2 Esslöffel in der Beckenhöhle gefunden wurden. Schwanz und mittleres Drittel des Pankreas in eine schwarzbraune, zerfließliche Masse verwandelt, in der nur einige kleine Inseln Drüsengewebe erhalten waren. Mikroskopisch fanden sich im Kopf verdickte aus Leukocyten gebildete Herde und schlechte Kernfärbung der Epithelien, im Schwanz und der Mitte war das ganze Gewebe, einschließlich der Blutgefäße, in eine körnige Zerfallsmasse verwandelt, neben der sich Blutungen, Blutkörperchen und Pigment vorfanden.

Es liegt hier also ein neuer Fall einer akuten Pankreasentzündung vor, die

zur Eiterung und Nekrose führte und wahrscheinlich, wie in anderen früher beobachteten Fällen, eine vollständige Sequestration des Organs bei längerer Dauer des Lebens bedingt haben würde. Da sich an dem weniger veränderten Kopfe noch konstatiren ließ, dass die centralen Schichten, also das Gebiet, in dem die größeren Äste des Drüsenausführungsganges liegen, am meisten afficirt war, nimmt Verf. eine Invasion der pathogenen Organismen vom Darm her durch den Ausführungsgang an. **Strassmann** (Berlin).

20. **Moncorgé.** Cancer primitif du pancréas.

(Province méd. 1889. No. 48.)

Primäre Pankreascarcinome sind ziemlich häufig, allerdings pflegen sie meist erst bei der Sektion entdeckt zu werden, während die Diagnose zu Lebzeiten des Kranken nicht oft gestellt werden kann. M. glaubt nun, dass die Erkenntnis sehr leicht sei, da wir fast pathognomonische Symptome 1) in der Anwesenheit eines in der Mittellinie liegenden Tumors, 2) in der auftretenden Gelbsucht, welche keinen Nachlass zeigt und 3) in dem auffallend raschen Verfall der Pat. hätten; auf entfärbte Stühle oder Fettstühle scheint er wenig Werth zu legen. Er selbst beschreibt zum Beweis einen Krankheitsfall, in welchem die Diagnose auf primären Pankreaskrebs gestellt und durch die Sektion bestätigt wurde; außerdem hatte die Kranke Krebsknoten in der Leber, den Lungen, einer Niere und akute Carcinomatose der Pleura und des Peritoneum; der Magen war nicht befallen. Die exakte anatomische Untersuchung fehlt. Das Pankreas selbst war in einen höckrigen carcinomatösen Tumor verwandelt, so dass nur an seinem Schwanzende das ursprüngliche Gewebe erkennbar war; die Gallenblase, welche in den meisten ähnlichen Fällen ungemein dilatirt gefunden wurde, war in diesem Falle nicht verändert. **Prior** (Köln).

21. **Leclerc.** Fièvre typhoïde contractée en Algérie.

(Lyon méd. 1889. No. 43. p. 289.)

Die Krankengeschichte bezieht sich auf einen Geschäftsreisenden, welcher aus Algier mit Abdominaltyphus zurückkehrte; der Verlauf des Typhus war dadurch von dem Schema abweichend, dass am 26. Tage der Erkrankung eine heftige Phlegmasia alba des linken Beines sich einstellte, mit großer Schmerzhaftigkeit in der Leistengegend, vor Allem aber dadurch bemerkbar, dass zweimal ein eklatanter Schüttelfrost mit nachfolgenden Schweißergüssen eintrat; der Pat. heilte schließlich vollkommen. Alle naheliegenden Möglichkeiten, welche ein septikämisches Fieber bedingen können, sind nach L.'s Meinung ausgeschlossen, so dass er sich die Frage vorlegt, ohne sie beantworten zu können, ob nicht von den Geschwürsbildungen der Peyer'schen Plaques eine sekundäre Infektion ausgehen könnte, welche die Schüttelfröste erklärt, den schmerzhaften Thrombus in der Schenkelvene und das hohe Fieber. Die Möglichkeit ist sicher zuzugeben.
Prior (Köln).

22. **Cuffer et Sollier.** Diathèse congestive veineuse et congestion veineuse généralisée.

(Revue de méd. 1889. No. 10. Oktober 10.)

Unter diesem Titel beschreiben Verff. einen Symptomenkomplex, der sich aus Störungen, die auf venöser Stauung beruhen und aus nervösen Störungen zusammensetzt. Die ersteren betreffen zunächst oberflächliche Organe: es kommt zu Erythem, Purpura, Bläschenentwicklung auf der Haut; Injektion der Conjunctiven; Stomatitis und Hämorrhagien in die Mundschleimhaut; Katarrhe der Nasenschleimhaut. Dann werden tiefere Organe betheiligt: Hypertrophie von Leber und Milz; Albuminurie; Kongestion nach den Lungen, blutiger Auswurf; Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, Magenblutungen. Niemals wurde an irgend einem Organ Neigung zu Entzündung, niemals Fieber beobachtet.

Die zweite Reihe der Störungen ist nervöser Natur. Zunächst kommen vasomotorische Störungen: Schweiße, Kühle der Extremitäten etc. vor. Dann wird

Steigerung der Reflexe und Hyperästhesie bemerkt. Schließlich handelt es sich um Kopfschmerzen, Schwindel, Gesichtsstörungen etc.

Die Affektion verläuft oft günstig, doch sind Recidive häufig. Eine erbliche Beanlagung ist nicht auszuschließen. **M. Cohn** (Berlin).

23. **van den Corput** (Brüssel). Über die Herabsetzung der Potenz durch innerlichen Gebrauch der Antiseptica, insbesondere der Salicylsäure.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 37. p. 585.)

Nach Salicylsäure, Chinin, Menthol, Phenol und fast allen Antiseptica hat v. d. C. eine erhebliche Abnahme der Potenz seiner Pat. gefunden; die Ursache vermuthet er in dem hemmenden Einfluss, welchen diese Antiseptica auf die geformten Elemente des Blutes und auf die Samenzellen in gleicher Weise wie auf die niederen Organismen ausüben. Unter dem Mikroskop betrachtet, machen diese Stoffe die Zoospermen vollständig unbeweglich, so dass sie also eben so wie sie die amöboide Bewegung der Leukocyten und die Wanderung der Blutzellen hemmen, auch die Spermatozoiden in ihren Bewegungen und ihrer Fortentwicklung hemmen. Analog soll die Salicylsäure auf die Ovarien einwirken, indem durch sie die menstruelle Ovulation verzögert werde. Neben der Anästhesie und Paralysis der Centren, welche der sexuellen Funktion vorstehen, müsse daher der sterilisirende, antivitale Einfluss der Antiseptica auf die Spermatozoiden als Ursache der herabgesetzten Geschlechtsfunktion angesehen werden.

Prior (Köln).

24. **Butte** (Paris). Über die Wirkung des Guaco.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 37.)

Das Guaco wird als sicher wirkendes Drasticum empfohlen; bei äußerlicher Anwendung des Dekoktes kann eine schmerzstillende Wirkung beobachtet werden; geradezu auffallend mildert das Dekokt das lästige, oft unerträgliche Jucken bei trockenem Ekzem; an einem großen Krankenmaterial des Hôpital Saint-Louis hat sich gerade diese Wirkung glänzend bestätigt. Guaco ist eine mexikanische Pflanze aus der Familie der Akristolochien. **Prior** (Köln).

25. **Peterson.** Notes on Exalgine.

(Med. record 1889. September.)

Das von Dujardin-Beaumetz und Bardet unter dem Namen Exalgin eingeführte neue Medikament, welches übrigens unabhängig von den beiden französischen Autoren von Hepp und Hoffmann 1877 als Methylacetanilid dargestellt worden ist, soll, abgesehen von seinen antiseptischen und temperaturherabsetzenden Eigenschaften, eine ausgesprochene antineuralgische Wirkung entfalten. P. hat an 20 Pat. das Exalgin versucht, in der Dosis von 0,2 mehrmals täglich; darunter sind Fälle mit Trigeminusneuralgie, mit einfacher Cephalalgia, 1 Fall mit Neuralgie im Verlauf eines Herpes zoster brachialis und 1 Pat. mit Morphiomania, zu welcher sie durch anhaltende Seitenschmerzen in Folge eines Trauma gelangt war. In der Hälfte der Fälle wirkte das Exalgin günstig und absolut heilend, auch wo Chinin und Antifebrin nutzlos gewesen waren; üble Nachwirkungen kamen nur bei der an Morphium gewöhnten Person vor, bei welcher Schläfrigkeit, Erbrechen, erweiterte Pupillen und Diarrhoen eintraten. P. hofft von größeren Dosen Exalgin bessere Erfolge. **Prior** (Köln).

26. **Dujardin-Beaumetz.** Des nouveaux analgésiques. Leur application au traitement des affections du système nerveux.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Oktober 30.)

Die Mittheilungen des Verf. beziehen sich auf Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin und Methylacetanilid (Exalgin). Unter diesen nimmt als Nervinum den ersten Platz ein das Antipyrin, von welchem er durchschnittlich 3,0 pro die giebt. Von unangenehmen Nebenwirkungen hat er am öftesten (bei Frauen und Mädchen) ein dem Scharlach ähnliches Erythem gesehen. Die zweite Stelle nimmt das Exalgin

ein, von welchem bis zu 1,5 pro die gegeben werden. Vom Phenacetin, das in dritte Linie gestellt wird, giebt er 1—2 g pro die. Vom Antifebrin hält er weniger, es kommt in letzter Reihe und wird in 1—1,5 g innerhalb 24 Stunden gegeben.

Seifert (Würzburg).

27. **A. Robin.** Action physiologique de la thalline, ses contraindications thérapeutiques.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 44.)

Verf. hat an 4 gesunden Individuen im Alter von 61—68 Jahren untersucht, welchen Einfluss das Thallin auf die Harnausscheidung, so wie den Allgemeinzustand des Organismus hat und welche Gegenanzeigen sich hieraus für seinen Gebrauch ergeben. Bei allen Prüfungen betreffs des Verhaltens der Harnsäure, Kalium, Schwefel, Phosphor etc. im Harn erhielten die Personen 1 g des Mittels; Gaben bis zu 3 g wurden nur selten und zur Kontrolle verabfolgt. Die bei diesen Versuchen erhaltenen Ergebnisse sind folgende:

1) Die antipyretischen Eigenschaften des Thallin können nicht von seiner antiseptischen Wirkung abhängen, sondern sind wahrscheinlich gebunden an seine auf die rothen Blutkörperchen und das Nervensystem vergiftend wirkenden Eigenschaften. Es muss daher das Thallin aus der Liste der Fiebermittel gestrichen werden.

2) Seine Eigenschaft, die Harnsäureausscheidung zu verzögern, ohne ihre Bildung zu verringern, hindert seinen Gebrauch in einer großen Anzahl sog. urikämischer Affektionen, besonders bei vielen Arthritikern und den meisten Nephritikern.

3) Länger dauernde Anwendung des Mittels führt zu Anämie und schließlich zu mehr oder weniger ausgeprägter Nervenzerrüttung.

4) Die Untersuchung der Wirkungen des Thallins auf die Ernährung ergiebt also nur Gegenanzeigen für seine therapeutische Verwendung.

G. Meyer (Berlin).

28. **Knoblauch.** Über Sulfonalwirkung.

(Vortrag, gehalten in der Sektion für Neurologie und Psychiatrie der 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg. September 1889.)

(Therapeutische Monatshefte 1889. November.)

Das Résumé des K.'schen Vortrages, dass das Sulfonal in der Psychiatrie keine bleibende Stelle neben Chloral, Morphium und Chinin sich erringen wird, beruht auf folgenden Gründen:

1) Das Mittel zeigt unangenehme Nebenwirkungen: Taumel, Schwere, Unbehagen, Erbrechen und Durchfall.

2) Es zeigt selbst in kleiner Dosis eine protrahirte Schlafwirkung.

3) Andererseits ist seine Wirkung oft verzögert, oft unsicher.

4) Die Dosirung muss individuell und zu verschiedener Zeit eine sehr verschiedene sein.

5) Die Intoxikationserscheinungen treten zuweilen früher auf, wie die Schlafwirkung.

Diese Erfahrungen sind an im Ganzen 20 Beobachtungen gemacht, denen die vieler anderer Beobachter, die das Sulfonal warm empfehlen, gegenüber stehen. Die gerügten Mängel sind zum Theil auch von anderer Seite, die trotzdem das Sulfonal empfiehlt, schon längst betont worden. Ob diese Nachtheile alle stets als die Folge des Sulfonals aufzufassen waren oder durch andere koincidirende Ursachen bedingt wurden, ist nicht stets mit Sicherheit entschieden worden. Jedenfalls wohnen dieselben auch den anderen bewährten Hypnoticis inne, zum Theil haben letztere sogar noch schlimmere Nachtheile aufzuweisen. Wenn nun auch K. durch seine Untersuchungen gezeigt hat, dass wir am Sulfonal ein ganz vollkommenes Schlafmittel nicht besitzen, so müssen doch die von so vielen anderen Seiten beschriebenen Vorzüge und die Thatsache, dass ein Vergiftungsfall mit schlimmem Ausgange noch nicht veröffentlicht ist, dazu führen, das Sulfonal nicht,

wie K. es verlangt, gänzlich zu verwerfen. Es soll schließlich noch erwähnt werden, dass allerdings die Thierversuche, die K. außerdem noch mit dem Sulfonal anstellte, ihn zu Ergebnissen führten, die denjenigen Kast's zum großen Theil widersprachen und bei relativ kleinen Dosen heftige Intoxikationen erzeugten.

Rosin (Berlin).

29. **Rabow.** Über Chloralamid, ein neues Hypnoticum.

(Centralblatt für Nervenheilkunde 1889. No. 15.)

Das von R. als Hypnoticum empfohlene Chloralamid ist eine Verbindung von Chloral und Formamid; Formel $C_2HCl_3O.CHONH_2$. Es bildet farb- und geruchlose Krystalle von schwach bitterem Geschmack, bei 115° C. schmelzend, löst sich langsam in 10 Theilen kalten Wassers und $1^1/_2$ Theilen absoluten Alkohols, leichter in warmem Wasser (jedoch nicht über 60° C., weil sonst leicht Spaltung in die beiden Komponenten eintritt). Nach zahlreichen Versuchen an Thieren und Menschen bewirkt das Mittel in Dosen von 1—4 g Schlaf, der nicht ganz so schnell wie nach Chloralhydrat, doch schneller als nach Sulfonal auftritt. Ein ungünstiger Einfluss auf die Verdauungsorgane wurde nicht beobachtet. R. gab das Mittel in Pulverform, mit Oblaten, auch in Wein oder Bier, Thee und Glühwein. Die Dosis ist etwas größer zu geben als bei Chloralhydrat, so dass 2 g des letzteren etwa 3 g Chloralamid der Wirkung nach entsprechen. Der Schlaf pflegte nach 25—30 Minuten einzutreten und 6—8 Stunden zu dauern. Bei Tobsüchtigen versagten 3—4 g völlig; dagegen bewährte sich das Mittel in Fällen von Schlaflosigkeit durch Alkoholismus, Neurasthenie, Hysterie etc. (52 Fälle; störende Nebenerscheinungen bisher nicht beobachtet). **Eulenburg** (Berlin).

30. **van Rey.** Ein Fall von Santoninvergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. November.)

R. hat auf der inneren Abtheilung des Louisenhospitals einen interessanten Fall von chronischer Santoninvergiftung beobachtet. Der 11jährige Pat. hatte gegen Leibschmerzen, welche auf Würmer zurückgeführt wurden, im December 1888 eine Anzahl Santoninpulver erhalten, worauf auch mehrere Spulwürmer abgingen. Als die Schmerzen Ende Januar wiederkehrten, wurden nochmals die Pulver verordnet, jedoch mit der Bemerkung, dieselben nicht erneuern zu lassen. Die Mutter aber ließ, da die Schmerzen nicht schwanden, dieselben erneuern und als Mitte Februar sich öfters Krämpfe einstellten, so gab sie die Pulver nicht allein weiter, sondern in der Meinung, dass dieselben zu schwach seien, anstatt alle 2 Tage 1, jeden Tag deren 2, und außerdem noch Santonin, welches sie sich im Handankauf verschafft hatte. Erst im April entschloss sie sich, ärztliche Hilfe aufzusuchen, nachdem außer zahlreichen Krampfanfällen sich schwere Sprach-, Gesichts- und Gehörstörungen allmählich herausgebildet hatten. Trotzdem nun sofort die Pulver ärztlich verboten wurden, gab die Mutter deren doch noch zwei (die Dosis ist leider nicht angegeben), und da sich wieder ein heftiger Krampfanfall einstellte, wurde Pat. am 9. April ins Hospital aufgenommen. Die Symptome bestanden wesentlich in starker Blässe des Gesichts und weiten reaktionslosen Pupillen, Schwindel und Kopfschmerz, allgemeiner Unruhe und Angst, Übelkeit und Erbrechen, ferner in hochgradigem Gelbsehen mit Violettblindheit, Blitz- und Funkensehen, Drücken und Brennen im Auge und in vollständigem Unvermögen zu gehen und zu stehen bei erhaltenen Reflexen und normaler elektrischer Reaktion und Sensibilität, in Urin- und Stuhlanhaltung, endlich in der Unfähigkeit zu sprechen, trotzdem Pat. alles Gesprochene verstand und schriftlich sich zu äußern vermochte. Der einzige, am 1. Tage beobachtete Krampfanfall bestand in klonischen Zuckungen in den Beinen, Verdrehung der Augen und Verzerrung des Gesichts bei erhaltenem Bewusstsein. Unter Jod- und Bromgebrauch und Sorge für regelmäßigen Stuhl besserten sich die Symptome bis Ende Juni allmählich; schwer erlernte Pat. das Sprechen wieder. Zuletzt klagte er noch über Schwäche in den Gliedern und lästiges Schwitzen. Jetzt ist Pat. wieder vollkommen wohl.

Rosin (Breslau).

31. **L. Frey** (Wien). Zur Therapie des chronischen Blasenkatarrhs.

(Wiener med. Presse 1889. No. 20.)

Ein ausgezeichnetes Mittel bei chronischem Blasenkatarrh bildet die lokale Anwendung des Jodoforms, das selbst bei den allerschwersten hartnäckigen Formen, bei aashaft stinkendem, jauchigem Urin innerhalb kurzer Zeit wesentliche Besserung bringt.

Zunächst wird die Blase mehrmals mit warmem Wasser durchgespült, dann wird die Jodoformemulsion injicirt. Es empfiehlt sich folgende Medikation:

Rp.: Jodoformii 50,0
Glycerin 40,0
Aq. dest. 10,0
Gummi Tragacanth. 0,25.

MDS. 1 Esslöffel in $^1/_2$ Liter lauwarmen Wassers. Umschütteln!

Leubuscher (Jena).

32. **George J. Preston.** A tumor compressing the middle lobe of the cerebellum.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1889. April.)

Bei einem 66jährigen Mechaniker, der einmal Bleikolik gehabt hatte, begann das Leiden mit Schmerzen am Hinterkopf und Nacken, so wie Unsicherheit im Gehen. Die Erscheinungen nahmen schnell zu. Es zeigten sich habetudo mentis, fast völliger Verlust des Gehörs und der Sehkraft. Die Pupillen waren mäßig eng, lichtstarr. Leichter Nystagmus. Bei Intaktheit der Motilität und Sensibilität fand sich völlige Aufhebung des Muskelgefühls. Die Kopf-Nackenschmerzen verstärkten sich bei Perkussion. Es bestand Unfähigkeit zu gehen oder zu stehen. Es wurde ein Tumor angenommen, der den mittleren Kleinhirnlappen komprimirte. Plötzlicher Exitus.

Die Sektion bestätigte die Diagnose und ergab ein hühnereigroßes Gliosarkom, welches von dem hinteren Theil des Corp. callos. entsprang, mit dem Falx und dem Tentorium cerebelli verwachsen war und auf den Wurm drückte. Die Vierhügel waren erweicht.

J. Ruhemann (Berlin).

33. **Neuhaus.** Zur Pathologie der Höhlenbildung im Rückenmark.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Nach einer Zusammenstellung und Betrachtung der Litteratur über die Höhlenbildung im Rückenmark stellt Verf. zunächst die für die Diagnose wichtigsten Punkte fest; es sind: progressive Muskelatrophie nebst motorischen Störungen und charakteristische Sensibilitätsstörungen; ausgebreitete partielle Empfindungslähmung, vorzüglich das Temperatur- und Schmerzgefühl betreffend; dazu treten subjektive Sensibilitätsstörungen und schließlich trophische, vasomotorische und sekretorische Störungen. Sodann berichtet N. über 5 Fälle von Syringomyelie, die in der kgl. Charité zur Beobachtung gekommen sind und bei denen die Diagnose von Oppenheim intra vitam gestellt war.

Die sehr ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten zeigen, dass jene Beobachtungen im Wesentlichen mit denen anderer Autoren übereinstimmen. Besonders hervorzuheben ist zunächst mehrfach auftretender Nystagmus; Verf. lässt es unentschieden, ob das Zustandekommen desselben durch ein Fortschreiten des Processes bis zu den Augenmuskelkernen selbst bedingt worden ist oder ob dieses Symptom auf reflektorischem Wege zu Stande kommt. Es treten ferner auffallend deutlich Sympathicussymptome (Myosis mit Ptosis, Röthung, Schweiß, Haarausfall etc.) hervor. Schließlich erscheint noch das gänzliche Fehlen der Sehnenphänomene an den oberen Extremitäten, das in den beobachteten Fällen vermerkt wurde, erwähnenswerth.

M. Cohn (Berlin).

34. **Charcot.** Des accidents nerveux provoqués par la foudre. Leçon rec. par Dutil.

(Bullet. méd. 1889. No. 86.)

C. beschreibt die Erscheinungen, welche ein vom Blitzschlag getroffener Mann darbot und welche mit den sonst nach Blitzschlägen beobachteten im Allgemeinen

übereinstimmten. Weiter kommt C. zu dem Schluss, dass es sich hierbei auch um eine traumatische Neurose handele (das Trauma ist die elektrische Erschütterung), da auch bei diesem Kranken, welcher bereits neurasthenisch war und ein bewegtes, an Aufregungen reiches Leben geführt hatte, sich vollkommene Hysterie entwickelte. Folgende Schlüsse kann man aufstellen:

1) Bei Blitzschlägen muss man, abgesehen von den nervösen Erscheinungen, welche direkte Folge der elektrischen Erschütterung sind, die Symptome auf die dabei auftretende Hysterie beziehen.

2) Hat ein partieller Schlag eine einfache Lähmung erzeugt, so kann, wenn die Hysterie auftritt, die hysterische Lähmung sich hinzugesellen und dann die Anfangs entstandene Paralyse ersetzen. **G. Meyer** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

35. **A. Baginsky.** Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
Berlin, **Fr. Wreden,** 1889. 954 S.

Für die weite Verbreitung, die B.'s Lehrbuch gefunden hat, spricht wohl am besten der Umstand, dass Verf. der erst vor 2 Jahren erschienenen 2. Auflage schon jetzt eine neue folgen lassen musste. Bei der Bearbeitung dieses stattlichen, 954 Seiten starken Bandes hat Verf. die neueren Resultate wissenschaftlicher Forschung und seine eigenen reichen praktischen Erfahrungen in einer Weise verwerthet, dass sein Werk wieder den neuesten Standpunkt der Pädiatrie vertritt. Manches Kapitel hat in der diesmaligen Auflage eine Veränderung erfahren, mancher Abschnitt ist ganz neu eingefügt worden. Unter den letzteren nennen wir: die angeborenen und bei der Geburt entstandenen Verletzungen, die Weil'sche Krankheit, die Rhinitis pseudomembranacea, das habituelle Erbrechen etc.

Auf durchgreifende Änderungen, die sich auch schon durch eine andere Eintheilung bemerkbar machen, stoßen wir bei den Krankheiten des Nervensystems.

Der Hydrocephalus chronicus, der früher bei den Krankheiten des Gehirns abgehandelt wurde, findet diesmal seine Stelle bei den Krankheiten der Hirnhäute und ist mit dem Hydrocephalus acutus zu einem Kapitel zusammengefasst, das betitelt ist: »Die entzündlichen serösen Ergüsse in das Gehirn. Die Gehirnausschwitzungen«. In dem Kapitel: »Nicht eitrige Entzündungen des Gehirns« behandelt Verf. in getrennten Abschnitten einmal: die hypertrophische Entzündung, Encephalitis hypertrophica, Hypertrophia cerebri; dann: spastische Cerebrallähmung, Poliencephalitis (Strümpell), cerebrale Rindenlähmung, Hirnsklerose. Diese Zusammenfassung wird durch die Gleichheit der klinischen Erscheinungsformen begründet. Zu unterscheiden ist eine akute und eine chronische Form, deren Unterschiede in Erscheinungen und Verlauf in anschaulicher Weise geschildert werden. Die Ätiologie der genannten Affektionen ist noch immer unklar; Blutsverwandtschaft neuropathisch belasteter Eltern und Lues ist vielleicht zu berücksichtigen. Ein weiterer Abschnitt behandelt dann: die Atrophie des Gehirns. Porencephalie.

Das Kapitel von den Hirngeschwülsten hat durch die zahlreichen neuerdings veröffentlichten kasuistischen Beiträge manchen Zusatz erfahren: Verf. selbst konnte einen Fall von Geschwulst in den Vierhügeln beobachten; über ähnliche Fälle berichteten Nothnagel, Henoch, Steffen, Hirschberg; trotzdem ist es bisher unmöglich, ein einheitliches Symptomenbild aufzustellen. Für die Geschwülste der Corpora striata liegen ausreichende Beobachtungen noch nicht vor. Ganz unscheinbare kleine Tumoren im Nucleus caudatus oder lentiformis können völlig symptomlos bleiben oder sie erzeugen nach Versuchen von Lehmann und Verf. motorische Reizerscheinungen und wohl auch kontralaterale Lähmungen; speciell können excessive Temperatursteigerungen bei Läsionen des vorderen Abschnittes des Nucleus caudatus zu Stande kommen.

Einige seltene Krampfformen: Paramyoclonus multiplex (Friedreich), Myotonia congenita (Thomsen'sche Krankheit), Athetosebewegungen (Hammond'sche

Affektion) finden kurze Erwähnung. Das Kapitel von den Geisteskrankheiten und der Hysterie ist beträchtlich erweitert.

Bemerkenswerthe Neuerungen finden wir dann in dem Abschnitt Magen-Darmkrankheiten: In der Einleitung beleuchtet Verf. die Fortschritte, die in der Kenntnis der Physiologie der kindlichen Verdauung durch die Arbeiten von Escherich, Biedert, Leo, Pfeiffer und Verf. selbst gemacht worden sind. Neuere Arbeiten, besonders von Demme und Machon, sind bei der Dilatation des Magens berücksichtigt worden: eben so wird auf die durch angeborene Pylorusstenose bedingten Magenerweiterungen die Aufmerksamkeit gelenkt. Bei den Sommerdiarrhoen weist Verf. auf die ausgiebigen Studien, die zur Erforschung der eigentlichen Krankheitserreger gemacht worden sind, und auf den von Lesye gezüchteten und als Erreger grüner Diarrhoen bezeichneten Bacillus hin. Bei der Besprechung des chronischen Darmkatarrhes theilt Verf. aus eigenen, noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen vorläufig mit, dass ernstliche Gründe zu der Annahme vorliegen, dass in den Stuhlgängen giftig wirkende Substanzen, aus den zersetzten Eiweißkörpern hervorgegangen, enthalten sind. Die langsame aber stetige Resorption dieser Substanzen und ihre Einführung in die Blutbahn ist eine schlimme und sehr übel wirkende Schädlichkeit, welche allmählich zur Vernichtung des erkrankten kindlichen Organismus führen muss.

Die vorstehenden Bemerkungen zeigen wohl zur Genüge, dass Verf. es verstanden hat, in geschicktester Weise das Neue mit dem Alten zu verflechten. Wir zweifeln nicht daran, dass sich die Hoffnung des Verf., die neue Auflage möge die früher gewonnenen Freunde zufrieden stellen und neue Freunde erwerben, in Erfüllung gehen wird. **M. Cohn** (Berlin).

36. **J. Gottstein** (Breslau). **Die Krankheiten des Kehlkopfes mit Einschluss der Laryngoskopie und der lokal-therapeutischen Technik für praktische Ärzte und Studirende. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage.**

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1890.

Schon nach Verlauf von 2 Jahren ist die 3. Auflage des G.'schen Lehrbuches der 2. gefolgt und schon hieraus lässt sich das Bedürfnis wie die Güte der Leistung bemessen. Verf. hat, wie schon bei der 2. Auflage, so auch hier überall die bessernde Hand angelegt, um das Buch auf der Höhe unseres Wissens und Könnens zu erhalten. Im Allgemeinen ist der frühere Plan des Werkes beibehalten, nur die Eintheilung in primäre und sekundäre Kehlkopfkrankheiten ist fallen gelassen. Im allgemeinen Theil, der in systematischer Anordnung die Anatomie, Physiologie des Kehlkopfs etc. enthält, ist hinzugefügt die Untersuchung des Larynx mittels der Durchleuchtung, die methodische Dilatation nach ausgeführter Tracheotomie und die von Kilian angegebene Methode der Untersuchung und Besichtigung der hinteren Larynxwand. Der specielle Theil umfasst 3 Abschnitte; der erste enthält die Pathologie und Therapie der Larynxkrankheiten, der zweite die im Gefolge von chronischen und akuten Infektionskrankheiten auftretenden Kehlkopfaffektionen, der dritte die Kehlkopfkrankheiten im Zusammenhang mit den Erkrankungen des Centralnervensystems. Überall zeigt sich, wie wir dies rühmend hervorheben wollen, eine nüchterne objektive Kritik, welche besonders dem Anfänger gut zu statten kommen wird, zumal in einer Zeit, wo sich gerade auf laryngologischem Gebiete der therapeutische Optimismus vielfach kund giebt. Die Ausstattung des Buches ist eine gute, nicht minder die beigefügten Zeichnungen und so können wir auch diese erneute Bestrebung nur mit Wohlwollen begrüßen und den Fachgenossen das Buch zum Studium empfehlen. Ein Inhaltsverzeichnis, welches in der zweiten Auflage fehlte, erleichtert diesmal den Überblick. **B. Baginsky** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,

Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,

Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 14. **Sonnabend, den 5. April.** **1890.**

Inhalt: IX. Kongress für innere Medicin.

S. Rosenberg, Eine neue Reaktion auf Harnsäure. (Original-Mittheilung.)

1. **Metschnikoff,** Immunität. — 2. **Pawlowsky,** Akute Peritonitis. — 3. **Régnier,** Hirnsyphilis und allgemeine Paralyse. — 4. **Manquat** und **Grasset,** Paramyoclonus multiplex. — 5. **Larat,** Elektricität bei Darmocclusion. — 6. **M'Ardle,** Abdominalchirurgie. — 7. **Krull,** Feuchtwarme Luft bei Phthise. — 8. **Rennert,** Lokalbehandlung der Diphtherie mit saurer Sublimatlösung. — 9. **Hirt,** Neurasthenie. — 10. **Laufenauer,** Rubidium-Ammonium-Bromid. — 11. **Köbner,** Rectale Applikation von Jod- und Brompräparaten.

12. **Rovighi,** Abdominelle Arteriengeräusche. — 13. **Drühe,** Lebersyphilis. — 14. **Roselieb,** Dünndarmcarcinom. — 15. **Ross,** Paralyse nach Typhus. — 16. **Bókai,** Retropharyngealabscesse. — 17. **Coulon,** Kehlkopfperichondritis. — 18. **Seifert,** Xerostomie. — 19. **Rothmann,** Leukoplakia und Carcinom. — 20. **Poulet,** Argent. nitr. bei Purpura. — 21. **Leistikow,** Scrophuloderma. — 22. **Mandry,** Ol. cinereum bei Lues. — 23. **Feibes,** Extragenitale Syphilisinfektion. — 24. **Hebert,** Chininamaurose. — 25. **Eskridge,** Hirnabscess. — 26. **Risse,** Amyotrophische Lateralsklerose.

IX. Kongress für innere Medicin.

Behufs möglichst schneller Veröffentlichung eines richtigen und ausführlichen Referates über die Verhandlungen des diesjährigen Kongresses in Wien werden die Herren Vortragenden ergebenst gebeten, mir baldigst nach Beendigung des Kongresses Originalreferate ihrer Vorträge nach Berlin S., Städtisches Krankenhaus am Urban einzusenden.

A. Fraenkel.

(Aus dem thierphysiologischen Laboratorium der kgl. landwirthschaftlichen Hochschule zu Berlin.)

Eine neue Reaktion auf Harnsäure.

Von

Dr. **Siegfried Rosenberg** in Berlin.

Versetzt man den Harn eines Menschen mit ca. dem gleichen Volum 5%iger Phosphorwolframsäurelösung und fügt einen Tropfen

Kali- oder Natronlauge oder Ammoniak hinzu, so entsteht eine blaue Farbenreaktion, welche — wie die Prüfung der einzelnen Harnbestandtheile ergiebt — durch die Harnsäure bedingt wird.

Die Reaktion beruht auf einem Reduktionsprocess und kann auch durch verschiedene andere, in der Kälte reducirende Körper hervorgebracht werden.

Da solche im Harn der Herbivoren vorkommen, so ist für diese die Reaktion nicht eindeutig, sondern nur für den Menschen und für die Carnivoren.

Aber auch beim Menschen ist darauf zu achten, dass er nicht unter dem Einfluss von Medikamenten steht, da verschiedene unserer gebräuchlichsten und in den Harn übergehenden Arzneikörper eine gleiche, wenn auch sehr schwache Reaktion ergeben.

Weitere Mittheilungen über diesen Gegenstand werden demnächst an anderer Stelle erfolgen.

---

1. **E. Metschnikoff.** Études sur l'immunité.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 6.)

Emmerich und di Mattei hatten angegeben, dass die Bacillen des Schweinerothlaufes, refraktären Kaninchen injicirt, schon nach 23 Minuten im Absterben begriffen seien, ohne dass die Phagocyten hierbei eine Rolle spielten. M. weist nach, dass es sich in jenen Versuchen um ein abgeschwächtes Virus gehandelt haben muss, dass aber, abgesehen hiervon, sowohl bei empfänglichen wie bei immunisirten Kaninchen virulente so wie abgeschwächte Schweinerothlaufbacillen bei Weitem länger lebensfähig bleiben können und sich schließlich in einem ihrer Vernichtung vorhergehenden Zeitpunkt — im Gegensatz zu den Angaben der erwähnten Autoren — in gut erhaltenem, zuweilen auch in mangelhaft färbbarem Zustande im Inneren von Leukocyten auffinden lassen. Besonders lehrreich ist auch bei dieser Untersuchung die Verwendung der vorderen Kammer mit ihrem leukocytenfreien Humor aqueus. Im Übrigen kann M. auch durch die referirte Untersuchung nicht die gegen die Einseitigkeit seiner Lehre gerichteten Einwürfe entkräften.

H. Neumann (Berlin).

---

2. **A. Pawlowsky.** Zur Lehre von der Ätiologie, der Entstehungsweise und den Formen der akuten Peritonitis. (Aus dem Laboratorium von Prof. Rosenbach in Göttingen.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. Hft. 3. p. 469.)

Zum Zweck der Nachprüfung der Arbeiten von Wegner und Grawitz über Peritonitis unternahm der Verf. eine Reihe von Thierexperimenten, welche ihn zu wesentlich anderen Resultaten führten, wie die genannten Forscher. Seine Versuche bezogen sich 1) auf Einwirkung verschiedener chemischer Substanzen auf das Peritoneum, 2) von Mikroben, 3) des Darmsaftes, 4) gemischte Einwirkung einer

Kombination oder einer Mischung von chemischen Stoffen mit Mikroben auf das Peritoneum.

1) Krotonöl in kleinen Dosen ($^1/_{10}$ Tropfen) wurde ohne Schaden ertragen. In größeren Dosen wurde Peritonitis haemorrhagica erzeugt. Das (nicht eitrige) Exsudat war frei von Mikroorganismen. Bakterienfreies Trypsin wird nur in kleinsten Dosen (0,05 g) ertragen. In größerer Menge (bis zu 0,5) in wässriger Lösung injicirt erzeugt es eine mehr oder weniger schnell tödlich verlaufende hämorrhagische Peritonitis, ohne Eiterung. Das Filtrat von Staphylococcuskulturen erzeugte gleichfalls nur hämorrhagische Entzündung, das von Streptococcuskulturen war wirkungslos.

2) Nicht pathogene Kokken ergaben auch in großen Quantitäten, oder vermischt mit chemischen Reizerregern keine Peritonitis. Von pathogenen Mikroorganismen erzeugte (im Gegensatz zu den Resultaten von Grawitz) der Staphylococcus aureus immer, nicht nur bei Einführung großer Mengen, sondern auch in minimalen Dosen eine tödliche akute Peritonitis, deren purulenter Charakter um so deutlicher hervortrat, je länger die Thiere am Leben blieben. Bei Thieren, welche schon am ersten Tage starben, ergab sich ein sehr interessanter Befund. Das Peritoneum erschien zunächst ganz normal, das Cavum peritonei enthielt nur etwas klebrige, schleimige Flüssigkeit, das Mikroskop zeigte aber, dass diese Flüssigkeit fast ausschließlich aus Kokken bestand und dass diese auch die Lymphspalten und Wandungen des Peritoneums durchsetzten. Es war also — dem bloßen Auge unsichtbar — eine Peritonitis mycotica acutissima vorhanden. Verf. glaubt, dass diese bisher am Menschen nicht beobachtete Form der Peritonitis manche Fälle von rasch erfolgtem Tode nach Laparotomien oder Perforationen von Därmen (sog. Shock) erkläre. Experimente mit dem Bacillus des blauen Eiters ergaben, dass auch dieser Organismus pathogen wirkt und eine zunächst hämorrhagische Peritonitis erzeugt, welche bei längerer Dauer eitrigen Charakter annimmt.

3) Um die Ursachen der Peritonitis nach Darmperforation zu erforschen, wurden Versuche mit Darmsaft angestellt. Filtrirter oder sterilisirter Darmsaft erwies sich als unwirksam, der unfiltrirte Darmsaft bewirkte immer eitrige Peritonitis. In dem Peritonealexsudat fand der Verf. eigenartige kurze Bacillen mit abgerundeten Enden, welche auf Agar in Gestalt fettglänzender Tropfen rasch wuchsen. Sie wachsen auch gut auf Gelatine unter häufiger Gasentwicklung entlang des Impfstriches, ohne Verflüssigung. Im hängenden Tropfen sind sie unbeweglich. Reinkulturen von diesem »Bacillus peritonitidis cuniculi« erzeugten je nach der Menge, in welcher sie eingeführt wurden, hämorrhagisch mykotische oder eitrige Peritonitis bei Kaninchen. Von 2 Hunden starb einer an Peritonitis, der andere war einige Tage schwer krank, genas aber wieder.

4) Wenn an sich unschädliche, minimale Mengen von Staphylococcus aureus in Verbindung mit Agar, welches nahe dem Erkalten

war, eingespritzt wurden, erfolgte jedes Mal tödliche hämorrhagisch eitrige Peritonitis. (Agar allein ist für die Thiere unschädlich.) Es ermöglichte also in diesen Fällen das mit den Mikroben eingeführte indifferente Nährmaterial das Zustandekommen der Peritonitis; in gleichem Sinne können natürlich auch Blutpartikelchen, Stückchen von Fibrin etc. beim Menschen wirken. Minimale Mengen von Staphylococcus aureus zusammen mit chemischen Reizmitteln, Krotonöl oder Trypsin, erzeugten regelmäßig tödliche Peritonitis; es ist demnach der Schluss richtig, »dass chemische Stoffe (Reizerreger) die Infektion und Peritonitis begünstigen«.

Zum Schluss stellt der Verf. die von ihm beobachteten Formen von Peritonitis durch chemische Reizmittel, und Peritonitis durch Infektion in ihren anatomischen resp. histologischen Erscheinungen zusammen und empfiehlt dringend, als den rein rationellen und einzig denkbaren Weg« der Therapie, die frühe Laparotomie.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. **L. R. Régnier.** Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale.

(Revue de méd. 1889. No. 6—8.)

Obwohl heut zu Tage die Ansicht, dass die Syphilis als ein ätiologisches Moment der allgemeinen Paralyse aufzufassen ist, immer mehr Boden gewonnen hat, will Verf. einen Zusammenhang beider Erkrankungen nicht gelten lassen. Aus seinen ziemlich weitschweifigen Ausführungen glaubt er folgende Schlüsse ziehen zu können:

1) Die Syphilis darf nicht als eine direkte, prädisponirende oder gelegentliche Ursache der allgemeinen progressiven Paralyse angesehen werden.

2) Dieselben zufälligen Momente, die bei nicht syphilitischen Individuen Dementia paralytica hervorrufen, bringen bei luetisch afficirten specifische Erscheinungen zum Ausbruch. Die specifische Infektion allein bedingt den Unterschied der Krankheitsformen.

3) Die anatomischen Veränderungen sind verschieden; sind sie bei demselben Kranken vereinigt, so müssen sie als unabhängig von einander und nicht als gegenseitige Folgeerscheinung betrachtet werden.

4) Die beiden Krankheiten haben meistentheils einen verschiedenen Verlauf; die Unheilbarkeit der einen und die Heilbarkeit der anderen Form bieten in Bezug auf die Prognose das charakteristische Unterscheidungsmerkmal dar.

Der Verf. hat an der Hand eines großen kasuistischen Materials diese Sätze zu begründen und zu stützen versucht. Den Beweis dafür ist er zum großen Theil schuldig geblieben.

A. Neisser (Berlin).

---

4. **Manquat** et **Grasset.** Du paramyoclonus multiplex.

(Bullet. méd. 1889. No. 76 ff.)

Die Verff. kommen nach eigener Beobachtung, zusammengehalten mit den Untersuchungsergebnissen anderer Autoren, betreffs der Ätiologie, des anatomischen Sitzes etc. des Paramyoclonus multiplex zu folgenden Resultaten: Es können mit dem Paramyoclonus identische Muskelerscheinungen experimentell bei Thieren durch Reizung gewisser Gruppen motorischer Zellen des Rückenmarkes, durch Änderungen im Kreislauf, durch Reizung und Durchschneidung der motorischen Nerven erzeugt werden. Die Erkrankung entsteht durch eine peripherische neuro-muskuläre Störung, welche sich mit einem analogen Zustande gewisser Gruppen motorischer Zellen des Rückenmarkes und bisweilen auch mit Reflexzuständen vergesellschaften kann, welche von den Muskeln ausgehen. Diese Störung scheint durch Ernährungsänderungen bedingt zu sein, indem sie chemische Umbildungen in den Geweben bewirkt. Dass der Paramyoclonus nach Definition deutscher Autoren eine von der Neurasthenie abhängige Neurose ist, kann nicht als sicher hingestellt werden. Wenn es bis jetzt bewiesen wäre, dass die Erscheinungen der Hysterie durch Ernährungsstörungen erzeugt sind, so könnte man auch den Myoclonus als hierhergehörig betrachten, weil einzelne Erscheinungen (Störungen in der Sensibilität und Farbenwahrnehmung, Schwinden des Pharynxreflexes, der vorübergehende Charakter der Krankheit, die traumatische Entstehung, neuropathischer Allgemeinzustand des Kranken etc.) dies wohl zulassen. Aber die Beobachtungen von einschlägigen Fällen sind noch nicht zahlreich genug, um mit Bestimmtheit hierüber zu entscheiden. **G. Meyer** (Berlin).

---

5. **M. Larat.** Du traitement de l'occlusion intestinale par l'ectricité.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 28.)

L. hat in 24 Fällen von Darmverschließung den elektrischen Strom zur Anwendung gebracht und zwar giebt er dem galvanischen in Gestalt des elektrischen Klystieres den Vorzug. Bei diesem bildet das in den Darm geflossene Wasser gewissermaßen als flüssiger Pol einen Erreger von großer Ausdehnung, gestattet so die Applikation sehr starker Ströme und verhindert zu gleicher Zeit, dass durch elektrolytische oder chemische Wirkungen die Darmschleimhaut in unerwünschter Weise afficirt wird.

Von den 24 Fällen wurden 10 völlig geheilt; 6 nur halb, in so fern als zwar Stuhlentleerung nach dem elektrischen Klystier sich einstellte, die Kranken aber trotzdem zu Grunde gingen an Peritonitis, Fortschreiten der organischen Läsion u. dgl., 6mal war kein Erfolg zu konstatiren. Unangenehme Wirkungen fehlen bei dieser Art der Behandlung; peritonitische Reizung wird dadurch nicht hervorgerufen; im Gegentheil kontraindicirt bestehende Peritonitis

nicht die Anwendung des elektrischen Klystieres, wie zwei mitgetheilte Fälle illustriren.

1) Akut entstandene Darmverschließung. Im Epigastrium großer Tumor; Schall darüber gedämpft. Es wird eine Invagination diagnosticirt. Die Anwendung von kohlensäurehaltigen Eingießungen, die Benutzung des faradischen Stromes blieben ohne Erfolg. Es traten Zeichen beginnender Peritonitis ein, Auftreibung des Leibes, Druckempfindlichkeit, Fieber. Das nun verwendete elektrische Klystier brachte bald Abgang von Flatus, dann Stuhl. Heilung.

2) Habituelle Verstopfung. Plötzlich heftiger Schmerz im Leib; Auftreibung; Ileocoecalschmerz. Abführmittel erfolglos. Dann Fieber, unaufhörliches Erbrechen; allgemeine Druckempfindlichkeit; totaler schneller Kräfteverfall. Ehe zur beabsichtigten Laparotomie geschritten wurde, wird das elektrische Klystier applicirt, das auch hier bald Stuhl und Heilung herbeiführte.

Jedenfalls stellt die Elektricität, d. i. das Résumé der Arbeit, ein mächtiges Heilmittel zur Bekämpfung der Darmverschließungen dar. Die Ursache der letzteren liegt ja häufig im Dunkeln. Immerhin aber kann man, ohne viel Zeit damit zu verlieren, vor dem schweren und ungünstige Prognose bietenden chirurgischen Eingriff das elektrische Klystier versuchen. **Leubuscher** (Jena).

---

6. **J S. M'Ardle** (Dublin). A contribution to the surgery of the abdomen.

(Dublin journ. of med. sc. 1889. August—Oktober.)

In einer Arbeit, welche Beiträge zur Chirurgie der Bauchhöhle liefert, macht Verf. auf die diagnostische Bedeutung der Aufblähung von Magen und Mastdarm durch Luft resp. der Injektion von Flüssigkeit in dieselbe aufmerksam. Er hat aber nach Anwendung dieses so wichtigen Verfahrens bisweilen Erscheinungen beobachtet, die er nicht verschweigen zu dürfen glaubt. Es zeigt sich nämlich nicht selten Collaps, oft ziemlich tief und anhaltend, und hinterher Fieber von wechselnder Intensität, gewöhnlich intermittirend. Was diese Erscheinungen im Speciellen anlangt, so sah Verf. Prostration meist 2—3 Stunden nach der Ausdehnung des Darmes (durch Luft oder Flüssigkeit) eintreten. Dann folgt in der Regel Ausbruch von Schweiß, besonders am Kopfe, im Gesicht und auf der Brust und hinterher Fieber, welches nach 8—10 Stunden seine Akme erreicht; der Abfall vollzieht sich binnen 2—5 Tagen, in der Regel so, dass Abends die Temperatur ca. 1° höher ist als Morgens. Ist das Fieber stark, so zeigt das Gesicht meist einen verfallenen Ausdruck, die Augen sind glasig, die Zunge borkig belegt. Diese Zustände treten ein, wenn der Darm entzündet war, oder wenn in dem ausgedehnten Stücke Ulcerationen bestanden, oder endlich wenn lange Zeit mehr oder minder vollständige Stenose vorhanden war. Es handelt sich zweifellos um akute Resorptions-

zustände, wie sie durch die plötzliche bedeutende Steigerung des Druckes in Folge der starken Ausdehnung geschaffen werden. Dies ist nicht bloß theoretisch wichtig, sondern man kann wenigstens theilweise auch praktisch Abhilfe schaffen oder vorbeugen, indem man vor der Ausdehnung (Aufblähung) Magen oder Darm mit Karbol- oder Borsäurelösung gründlich auswäscht; Verf. empfiehlt dies nachdrücklich.

Verf. theilt speciell 9 glücklich operirte Fälle mit; es handelte sich um Eröffnung der Bauchhöhle, eventuell auch des Darmes; den Anlass bildeten Kothsteine, strangulirte Hernien etc. Je nach dem Sitze der Affektion wurde incidirt, ausgewaschen und drainirt; die Erfolge waren vorzügliche. Von Interesse ist die Bemerkung des Verf., dass er Perforation des Ileum ohne Austritt des Darminhaltes in die Bauchhöhle wiederholt gesehen habe und zwar unter folgenden Bedingungen: 1) wenn das untere Stück des Ileum kein Mesenterium hatte, 2) wenn es mehrere Zoll lang dicht neben dem Colon verlief, 3) wenn um die Perforation herum feste peritonitische Verwachsungen sich gebildet hatten.

Ganz besonders dringend empfiehlt Verf. frühzeitiges Operiren und ferner warnt er eindringlich vor der leider noch öfters geübten und empfohlenen Entleerung von Eiter durch Punktion und Aspiration; dieses »Verfahren« ist in der That nicht nur zwecklos, sondern schädlich. Wer sich nicht zur wirklich chirurgischen Operation entschließen kann, sollte überhaupt die Hand davon lassen.

Küssner (Halle).

---

7. **Ed. Krull.** Die neuesten Beobachtungen und Erfahrungen bei der Behandlung der Lungenschwindsucht mittels Einathmungen feuchtwarmer Luft.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 41.)

K., welcher bekanntlich den Standpunkt vertritt, dass eine Befreiung der Lunge von der Tuberkulose nur durch eine Hebung ihrer konstitutionellen Schwäche erreicht werden kann, sucht durch seine Methode der Lunge möglichst viel Blut zuzuführen, ohne dabei einen Reiz auf die erkrankten Partien auszuüben. Anfänglich glaubte K. den Anforderungen gerecht zu werden, wenn er die Temperatur der Inhalationsluft auf ca. 45° C. und die Sitzungsdauer auf 30 bis 40 Minuten festsetzte; später wurde eine Temperatur von 39—40° C. empfohlen. In der vorliegenden Arbeit theilt Verf. mit, dass er sich überzeugt habe, dass der angegebene Zweck am besten durch Inhalationen bei einer Temperatur von 36—37° C. und eine Sitzungsdauer von 15—20 Minuten erreicht werde. Die Frage, ob von einer solchen Luft auch eine vermehrte Zufuhr von Blut zur Lunge eintrete, glaubt Verf. bejahen zu können und führt zur Bestätigung seiner Ansicht 4 Krankengeschichten an von Pat., die er in den letzten 2 Monaten nach obiger Methode behandelt hat.

Peiper (Greifswald).

---

8. **Rennert** (Frankfurt a/M.). Über die Behandlung der Diphtherie mit saurer Sublimatlösung.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 34.)

R. verwendet zur Lokalbehandlung der Diphtherie die von Laplace angegebene saure Sublimatlösung (1 Sublimat, 5 Weinsteinsäure, 1000 Wasser). Diese Lösung dringt bekanntlich tief in die Gewebe ein, da sie das Eiweiß der letzteren nicht coagulirt. In solchen Fällen, in denen es noch möglich scheint, alles Krankhafte herauszuschaffen, wischt R. mittels der mit Watte umwickelten, in die genannte Lösung getauchten Kornzange die Membranen vollständig weg und tupft nach einer Stunde nochmals in derselben Weise ab. Die Anfangs blutende Wundfläche zeigt nach 6—12 Stunden, wenn es sich um krupöse Auflagerungen gehandelt hatte, stark geröthete Schleimhaut, — war eine diphtheritische Membran vorhanden, ein missfarbiges Geschwür.

Auf diese Weise wurden innerhalb 14 Monaten 62 Fälle behandelt, die sämmtlich genasen. In vielen Fällen war mit Sicherheit die Übertragung der Krankheit von Anderen, von schwerer Diphtherie Befallenen oder daran Gestorbenen nachweisbar. Diese Fälle waren gegen die Behandlung nicht resistenter als die anderen. Die Entfieberung folgte dem Ausräumen in 1—2—5 Stunden. Komplikationen wurden bei den so behandelten Fällen nur wenige gesehen (je 1mal Gaumenlähmung, Strabismus, leichte multiple Gelenkentzündungen). In der gleichen Zeit wurden 11 Fälle nicht mit Sublimat behandelt. Von diesen starben 2, während bei 2 anderen noch nachträglich die Sublimatbehandlung mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

Die Besorgnis, dass durch das Loslösen der Membranen und die damit verbundenen Verletzungen den Krankheitserregern neue Eingangspforten eröffnet würden, ist nach R. nicht gerechtfertigt, da die saure Sublimatlösung gleichzeitig die Krankheitskeime vollständig zerstöre.

Sublimatvergiftungen sind nicht beobachtet worden und R. berechnet, dass höchstens 0,005 Sublimat in den Rachen gelangt und größtentheils wieder ausgespuckt oder ausgebrochen wird.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

9. **L. Hirt** (Breslau). Über Neurasthenie und ihre Behandlung.

(Wiener med. Presse 1889. No. 36.)

Verf. giebt in kurzen Zügen ein übersichtliches Bild der Symptome und Behandlung dieser jetzt so im Vordergrunde des ärztlichen Interesses stehenden Krankheit. Ein Hauptgewicht legt er besonders auf die in der Mehrzahl der Fälle betheiligte Geschlechtssphäre, die sich in verschiedener Hinsicht als krankhaft afficirt zeigen kann. Von den zur Neurasthenie führenden ursächlichen Momenten, deren

es ja eine große Menge giebt, ist besonders die Masturbation hervorzuheben; auch Perversitäten im Geschlechtsleben spielen hier eine gewisse Rolle, z. B. der Coitus interruptus lange Zeit fortgesetzt.

Die Behandlung muss zunächst eine psychische sein und kann diese allein recht gut wirken. Dann kommen besonders Elektricität und Wasser in Betracht. Von ersterer empfiehlt H. die allgemeine Faradisation (Beard und Rockwell); die Kaltwasserbehandlung ist mit Vorsicht zu beginnen und nicht zu energisch zu betreiben. Einzelne Symptome, wie Impotenz, Schlaflosigkeit etc. erfordern oft specielle Therapie.

Leubuscher (Jena).

---

10. **Laufenauer.** Über die therapeutische Wirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid.

(Therapeutische Monatshefte 1889. August.)

Dieses neue antiepileptische Mittel verdankt vor Allem theoretischen Erwägungen seine Existenz. Da von den Bromalkalien das Kalipräparat als das wirksamste und positivste, das Lithium als das schwächste und am wenigsten positiv sich ergeben hat, so folgert L. daraus, dass das Rubidium und Cäsium, welches in der Reihe der Alkalimetalle noch weiter entfernt von Lithium und noch vor dem Kalium in Bezug auf die Positivität seine Stelle hat, auch in Bezug auf die Wirkung noch stärker sein müsse, als das Kalium. Das Rubidium-Ammonium-Bromid, ein vorläufig noch sehr theures Medikament, ist nicht ein Doppelsalz, sondern stellt ein Gemisch dar von Rubidiumbromid und Ammoniumbromid (die weitere Trennung dieser beiden Substanzen ist sehr umständlich). In 100 Theilen des Gemisches sind nur 36 Theile Rubidiumbromid enthalten, daher wurden große Dosen 4—7 g pro die, verabfolgt, auch 4—5 g auf einmal behufs einfacher Schlaferzeugung. Die theoretischen Erwägungen scheinen nicht von praktischem Erfolge begleitet gewesen zu sein. Aus der vorläufigen Mittheilung wird durchaus nicht ersichtlich, dass das neue Mittel das Bromkali an Wirkung irgend wie übertroffen hat und es bleibt unklar, wesshalb trotzdem ausführlicher die Art seiner Darreichung beschrieben und demselben ein verbreiteter Gebrauch behufs Erzielung einer Preiserniedrigung gewünscht wird. Die etwaige suggestive Wirkung des Mittels, d. h. die Besserung, die jedes neue, noch unbekannte Mittel Anfangs begleitet wegen der durch dasselbe erweckten Hoffnung auf Genesung, dürfte wohl kaum, wie Verf. annimmt, ein so großer Vortheil sein, dass seine Nachtheile dadurch aufgewogen werden könnten, nämlich die Höhe des Preises und vor Allem der Umstand, dass die Zahl der neuen und neuesten Heilmittel wiederum um ein solches von höchst zweifelhaftem Werthe vermehrt und die Fortschritte der Therapie durch ein Mittel von so fraglicher Bedeutung aufgehalten werden.

Es sollen noch Experimente an künstlich epileptisch gemachten Thieren, so wie Prüfung mit dem Cäsiumpräparat vorgenommen werden.

Rosin (Breslau).

---

11. **Köbner.** Über die Anwendung von Jod- und Brompräparaten per rectum zu lokalen und allgemeinen Heilzwecken.

(Therapeutische Monatshefte 1889. November.)

Die rectale Applikation von Medikamenten wird im Allgemeinen noch recht selten geübt. Es scheint die Ansicht vorzuwalten, dass das Rectum nicht in demselben Grade im Stande sei, die Arzneistoffe aufzunehmen und dem Kreislauf einzuverleiben, als dies durch die Eingabe per os erreicht wird. Die Applikation per rectum hat sich daher bis jetzt wohl auf solche Arzneien beschränkt, welche bei der Eingabe per os schädliche Nebenwirkungen zeigen, oder auf solche, welche lokal das Rectum oder dessen Umgebung beeinflussen sollen.

K. hat nun die Jod- nnd Brompräparate per rectum therapeutisch angewendet, nicht allein zur Erlangung lokaler Wirkungen — auch in dieser Beziehung sind gerade diese sonst so vielfach verwendeten Präparate nur wenig versucht worden —, sondern vor Allem auch zu allgemeinen Heilzwecken auf entfernter liegende Organe, wie auch bei konstitutionellen Krankheiten. Die Resultate dieser Methode sind sehr günstige.

Lokal wurde das Jod als Jodkalium (ohne oder mit Belladonna) in Form von Suppositorien oder per Klysma, ferner als Jodtinktur per Klysma bei Prostataerkrankungen und luetischen Mastdarmaffektionen verabfolgt. Zum Zwecke der Allgemeinbehandlung wurde Jod rectal verabfolgt bei Syphilis, bei Asthma und auch besonders in solchen Fällen, wo die Einnahme von Jod per os wegen Jodismus nicht möglich war. In diesen Fällen traten höchstens nur ganz milde Erscheinungen des Jodismus ein. Bei luetischen Hirnaffektionen, die mit Unbesinnlichkeit und Unvermögen zum Schlucken, verlaufen, ist die rectale Jodbehandlung ganz besonders zu empfehlen.

Bromkali als Suppositorium oder Klysma verwendete K. bei Epilepsie, bei Angstzuständen, Melancholien etc.

Die Jod- und Bromsalzlösungen dürfen nicht zu koncentrirt und in nicht zu viel Wasser als Klysma gegeben werden, am besten lauwarm, bei sehr reizbaren Schleimhäuten in Emulsion von Brühe oder Milch. Rabow, welcher sich der rectalen Verabfolgung von Jodkali sowohl als auch Bromkali in geeigneten Fällen auf K.'s Empfehlung bediente, schreibt dieser Applikationsform eine bessere und schnellere Wirkung als der internen zu. Über eben so günstige Resultate berichtet auch Lazarus, welcher diese Methode auf K.'s Aufforderung ebenfalls anwandte. Die Versuche K.'s ermuthigen dazu, ähnliche mit anderen Medikamenten vorzunehmen. Eine sehr rasche Resorption vom Rectum aus wurde vom Ref. unter Prof. O. Rosenbach's Leitung auch schon an anderen Arzneistoffen beobachtet, bosonders auch außer an den Jod- und Bromsalzen am Mor-

phium, an den Salicylpräparaten und am Salol, wobei letzteres bereits im Mastdarm in seine Komponenten zerlegt wird, wie denn übrigens auch für diese Stoffe die Vagina eine gute Resorptionsstelle ist, in der auch das Salol gespalten wird, wobei durch die geeigneten Reagentien die freie Salicylsäure leicht nachgewiesen werden kann.

Rosin (Breslau).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **A. Rovighi.** Contribuzione allo studio dei soffi arteriosi addominali.

(Rassegna di scienze med. Modena 1889.)

R. beobachtete bei einem Leberkrebskranken über dem Lebergebiet ein auffallend systolisches Blasegeräusch, welches, wie die Sektion ergab, in einer Stenose des rechten Astes der Arteria hepatica seinen Grund hatte. Die Arterie wurde durch den mit Krebsknoten stark infiltrirten Lobus quadratus komprimirt. Am selbigen Präparate fand sich ein nahezu völlig thrombotischer Verschluss der Vena portae, welche durch eine vergrößerte periportale Lymphdrüse komprimirt wurde. In einem anderen Falle war die Kompression der Aorta durch eine enorme Vergrößerung des krebsig entarteten linken und viereckigen Leberlappens die Veranlassung für das Entstehen eines lauten, der Ventrikelsystole synchronischen Blasegeräusches, dessen Intensität an der Incisura hepatis am größten war. In einem dritten Falle wurde ein scharfes langes, der Herzsystole synchrones Geräusch im Epigastrium und längs der Bauchaorta gehört und auf eine Krebsgeschwulst des Pankreaskopfes bezogen; die Sektion bestätigte die Diagnose: das Neoplasma hatte eine Kompression der Aorta herbeigeführt. Eine vierte Beobachtung betrifft einen Mann mit pulsirendem Tumor im Epigastrium, der ein diastolisches in die Tiefe gehendes Geräusch gab; der Mann starb unvermuthet an Magenruptur; eine voluminöse Fibrommasse, welche die Umgebung des geschwürig zerstörten Pylorustheiles bildete, hatte die Aorta komprimirt und dadurch Pulsation und Geräusch erzeugt.

Epikritisch vergleicht R. seine Beobachtungen (Bologneser Klinik) mit anderen in der Litteratur niedergelegten, insonderheit mit den von Gabbi (vgl. d. Centralblatt 1888 No. 34 p. 620) veröffentlichten und findet, dass das vorliegende Material bei seiner Spärlichkeit zunächst nur folgende allgemeine Sätze aufzustellen gestattet:

1) Lebertumoren, zumal Krebsgeschwülste der Leber, die im Hilus oder im linken Lappen des Organs sich entwickeln, können ein arterielles Blasegeräusch erzeugen, das sich über die Lebergegend verbreitet und entweder Folge einer Verengung der Leberarterie oder Folge einer Kompression der Bauchaorta ist.

2) Geschwülste des Pankreaskopfes, ingleichen bedeutende Tumoren der Pylorusportion des Magens können ein Arteriengeräusch hervorrufen, welches im Gegensatz zum eben genannten die größte Intensität im Epigastrium hat und dem Lauf der Aorta nach unten folgt, zumeist auch von der Kompression der letzteren abhängt.

G. Sticker (Köln).

13. **Drühe.** Zwei Fälle von maligner Lebersyphilis.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Verf. erörtert zunächst die Häufigkeit der Lebersyphilis und bespricht die vorkommenden anatomischen Formen: amyloide Degeneration, Perihepatitis und Hepatitis syphilitica; bei der letzteren sind noch zu unterscheiden die diffuse interstitielle Entzündung und die circumscripte Entzündung mit Gummabildung.

Eins der konstantesten Symptome der Lebersyphilis sind Schmerzen, die nicht ausstrahlen. Die Leber ist meist mehr oder weniger vergrößert, kann aber auch verkleinert sein. Durch Kompression von Pfortaderzweigen können Stauungs-

erscheinungen wie Ascites, Blutungen aus Magen und Darm, Milzanschwellung zu Stande kommen. Ikterus ist nicht konstant vorhanden. Die Diagnose ist mit Sicherheit nur zu stellen bei Nachweis bestehender oder überstandener Syphilis.

Sodann schildert Verf. zwei von ihm beobachtete Fälle von maligner Lebersyphilis, die in ihrem Verlaufe manches Interessante boten. Im ersten Falle ist zunächst auffallend, dass zwischen der Infektion und dem ersten Auftreten einer syphilitischen Erkrankung nur ein Zeitraum von 4 Tagen lag. Trotz eingeleiteter antisyphilitischer Behandlung trat die Leberaffektion schon 2 Monate nach der Infektion auf. Während die Lebersyphilis sonst ein mehr chronisch verlaufender Process ist, verflossen hier vom ersten Auftreten des Ikterus bis zum Tode noch nicht ganz 3 Monate. Die Ursache des sehr intensiven Ikterus findet Verf. in der bedeutenden Wucherung des interstitiellen Bindegewebes der Leber und des hierdurch bedingten Zerfalles der Leberzellen.

Auch in dem zweiten Falle war die syphilitische Erkrankung Anfangs lokal; Symptome einer allgemeinen Erkrankung waren vor dem Eintreten der Lebersyphilis nicht vorhanden. In diesem Falle trat die Leberaffektion erst 20 Jahre nach der Infektion auf; bis zum Tode verflossen dann noch 6 Monate. Durch die antisyphilitische Behandlung ließ sich in beiden Fällen weder Heilung noch Besserung erzielen. **M. Cohn** (Berlin).

14. **Roselieb.** Über 5 Fälle von Carcinom des Dünndarmes.

Inaug.-Diss., München, 1889.

Nach einer statistischen Angabe der im Münchener pathologischen Institut überhaupt beobachteten Krebsfälle, so wie im Besonderen der Fälle von Darmkrebs, in welcher Verf. zu dem Schlusse kommt, dass der Dünndarm am seltensten von allen Organen vom Krebse befallen wird, schildert R. 5 Fälle von Carcinom des Dünndarmes, die in den Jahren 1882—1889 in München zur Sektion gekommen sind.

Es geht aus den 5 aufgeführten Fällen hervor, dass die klinische Diagnose der Darmkrebse eine ungemein schwierige ist; der Nachweis einer palpablen Geschwulst ist als das einzige sichere Merkmal zu betrachten. Im Schlusswort beschäftigt sich Verf. mit den verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Krebse und weist auf die Nutzlosigkeit einer inneren Therapie hin.

M. Cohn (Berlin).

15. **Ross** (Montreal). On some forms of paralysis after typhoid fever.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. p. 25.)

Anknüpfend an die bekannten Untersuchungen Nothnagel's (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1872) weist R. darauf hin, wie ungemein selten vollständige Paraplegien der unteren Extremitäten nach Typhus sind; geringe Parästhesien sind häufig, auch Paralysen der oberen Extremitäten lange nicht so selten, wie ja das Gebiet der Nachkrankheiten des Typhus außerordentlich reich ist. Im Anschluss hieran werden zwei Fälle beschrieben; der eine Fall zeigte eine umkomplicirte derartige Erkrankung der unteren Extremitäten, der andere Fall war komplicirt mit einer vollständigen Gaumenmuskellähmung, wie wir sie als Nachkrankheit der Diphtheritis kennen und mit Sensibilitätsstörungen in den Fingerspitzen. Beide Fälle heilten vollkommen. **Prior** (Köln).

16. **Bókai.** Über Retropharyngealabscesse.

(Aus der k. Gesellschaft der Ärzte in Budapest.)

(Wiener med. Blätter 1889. No. 21.)

Die Ansicht, dass der idiopathische Retropharyngealabscess in jedem Falle aus einer retropharyngealen Lymphdrüsenentzündung hervorgeht, dass somit die Lymphdrüsenentzündung das Vorstadium des Abscesses bildet, findet in dieser Mittheilung, welche sich auf 280 Fälle erstreckt, eine neue Bestätigung; die anatomische Lokalisation der retropharyngealen Lymphdrüsen, die häufigen Entzündungen derselben, so wie die Lokalisation und Entwicklung der Abscesse dienen als Beweise; für die Entwicklung solcher Abscesse aus Bindegewebsentzündung

finden sich keine Anhaltspunkte. Der idiopathische Abscess und die retropharyngeale Lymphdrüsenentzündung kamen vorzüglich von der 8. Lebenswoche bis zum 4. Jahre vor und zwar hauptsächlich in den Winter-, Frühlings- und Herbstmonaten. Die Bedeutung der konstitutionellen Erkrankungen, vor Allem der Rachitis und Skrofulose, geht daraus hervor, dass unter 200 Fällen 43 skrofulöse und 32 rachitische Kinder aufgezählt sind. Die Infektionskrankheiten spielen als ätiologische Momente eine geringere Rolle, als man allgemein glaubt; unter 467 Fällen, welche in den letzten 30 Jahren vorwiegend im Stefanie-Kinderspital in Budapest beobachtet wurden, finden wir nur 14mal, dass dem Abscess Scharlach vorausging, 2mal Erysipelas, 2mal Pertussis, 1mal Masern und 1mal Parotitis; nach Diphtheritis wurde in 50 Jahren nicht ein einziges Mal ein Retropharyngealabscess beobachtet. Lokale Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Ohres haben dagegen ätiologisch großen Einfluss. **Prior** (Köln).

17. **Coulon.** Périchondrite suppuré du larynx. Symptômes de croup. Trachéotomie. Mort.

(Progrès méd. 1889. No. 42.)

Ein Kind von 4 Jahren, das vor 2 Jahren Rötheln und danach öfters leichte Bronchitis gehabt hat, sonst aber stets gesund war, erkrankte am 13. August unter Husten, Heiserkeit, Fieber. Am nächsten Tage heftiger Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, belegte Zunge; Temperatur 38,8°. Vermehrte Pulsfrequenz. Die Inspektion des Halses ergiebt durchaus nichts Abnormes. Das Schlucken ist nicht erschwert. Die Stimme klingt rauh und heiser. Beim Druck auf den Larynx geringer Schmerz. Häufige, schmerzhafte Hustenanfälle. Die Untersuchung des Thorax ergiebt normale Verhältnisse. Ordination: Brechmittel, Senffußbäder, Chininum sulfuricum.

Am nächsten Tage Besserung; Temperatur normal; keine Kopfschmerzen. Im Halse keine Röthung. Stimme heiser, Husten fortbestehend, Respiration schnarchend.

Am 17. August ist die Respiration noch unverändert. Das Kind ist aber munter, isst mit Appetit und ohne Schmerzen. Blutegel zu beiden Seiten des Larynx; Sinapismen an die Waden. In den beiden nächsten Tagen wird die Athmung freier die Stimme bleibt heiser; das Kind fühlt sich sehr wohl.

Am Abend des 19. August verschlechtert sich die Respiration, die Temperatur steigt wieder auf 39°. 2 Tage später ist die Respiration sehr beschleunigt, mühsam; starke Cyanose, kalte Extremitäten. C. führt die Tracheotomie aus. Beim Eröffnen der Trachea stürzt zu beiden Seiten des Messers wie bei Eröffnung eines heißen Abscesses Eiter heraus. Die Menge des Eiters hätte etwa ein Fingerhut aufnehmen können. Das Kind starb bereits während der Operation.

C. nimmt als zweifellos an, dass es sich im vorliegenden Falle um eine akute Perichondritis laryngo-trachealis handelte. Die Sektion scheint nicht ausgeführt worden zu sein, was bei dem eigenartigen Verlauf der Krankheit zu bedauern ist. **M. Cohn** (Berlin).

18. **Seifert.** Über Xerostomia.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 46.)

Hutchinson und Hadden haben unter Xerostomia ein Krankheitsbild beschrieben, das im Wesentlichen auf einem Versiegen der Speichelsekretion beruht. Die Zunge erscheint roth, rissig und absolut trocken; die Innenseite der Wangen, die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens ist glatt, durchscheinend blass, an den Speichelgängen selbst ist ein mechanischer Verschluss nicht beobachtet worden. Verdauungsstörungen wurden nicht bemerkt. Sprechen und Schlucken war sehr erschwert. Die Krankheit hat meist plötzlich begonnen. Auch Nasen- und Thränensekretion wurde wesentlich vermindert befunden. Zweimal war auch über Ausfallen der Zähne berichtet. Sonst keinerlei Störungen. Die Krankheitsdauer erstreckt sich über Jahre hinaus.

Während jene Autoren die Krankheit nur bei Frauen beobachtet haben, kann S. über 2 Fälle bei Herren von 75 resp. 65 Jahren berichten. Bei Beiden fand sich

im Wesentlichen das oben beschriebene Krankheitsbild, die Beschwerden waren Nachts besonders lästig. In beiden Fällen gab S. Pilokarpin innerlich und zwar Abends 9 resp. 8 Tropfen einer $2^1/_2$%igen Lösung. Dadurch stellte sich eine gelinde Speichelsekretion ein, die den größeren Theil der Nacht anhielt und den Pat. genügend Erleichterung brachte. Beide gebrauchten das Mittel Jahre hindurch fast täglich, ohne dass unangenehme Nebenerscheinungen auftraten und ohne dass sich eine Gewöhnung an das Mittel zeigte. Mit der nämlichen Dosis wurde stets der gleich günstige Effekt erzielt. **M. Cohn** (Berlin).

19. **Rothmann.** Über die Leukoplakia lingualis et buccalis in ihrem Zusammenhang mit Carcinom.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Die Leukoplakia lingualis geht oft, auch noch nach jahrelangem Bestande in Carcinom über. Die Diagnose der Affektion ist daher sehr wichtig, besonders da Verwechslung mit syphilitischen Mundaffektionen, und wenn bereits einzelne der betroffenen Stellen krebsig degenerirt sind, mit gummösen Bildungen nicht zu den Unmöglichkeiten gehört. Für die beste und sicherste Art der Beseitigung der Leukoplakie hält R. das Ausbrennen mit dem Paquelin, bezw. die chirurgische Operation, wenn Carcinom vorhanden ist. Verf. beschreibt 10 Fälle von Leukoplakie, theils mit, theils ohne Carcinom, welche in der Bergmann'schen Klinik zur Beobachtung und Operation kamen. Die Prognose der Affektion an sich ist günstig, nur wird sie getrübt durch den häufigen Übergang der Erkrankung in Krebs. Wie groß der Procentsatz dieses Überganges, ist nicht möglich festzustellen; jedenfalls ist die völlige Entfernung der Flecke dringend geboten, »denn, da letztere (Umwandlung der Leukoplakie in Carcinom) noch nach 30jähriger Dauer der Leukoplakie erfolgen kann, so ist jedenfalls kein Mensch, der weiße Plaques im Munde hat, vor der Entstehung eines Carcinoms sicher«.

R. erwähnt, dass in allerneuester Zeit der Perubalsam als ein sicheres Mittel gegen die Leukoplakia empfohlen wird, giebt aber dem Paquelin als sicherstem Mittel den Vorzug. Die vorzügliche Wirkung des von S. Rosenberg empfohlenen Balsamum peruvianum kann Ref. bei mehreren Pat. mit hartnäckiger Leukoplakia lingualis bezeugen. **G. Meyer** (Berlin).

20. **V. Poulet.** Traitement du purpura haemorrhagica par le nitrate d'argent.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Mai 30.)

P. empfiehlt mit großer Emphase das Argent. nitr. bei der Behandlung des Morbus maculosus. Er hat dasselbe in 2 schweren Fällen, nachdem alle anderen Medikamente sich als fruchtlos erwiesen hatten, mit vorzüglichem Erfolge angewandt und zwar bei dem ersten Falle, einem 12jährigen Knaben, 0,01 2mal täglich etwa 8 Tage lang, bei der zweiten 20jährigen Kranken 3mal täglich 0,008 in Brotkrumepillen. Erfolg nach 4tägiger Anwendung.

P. schiebt die gute Wirkung des Arg. nitr. darauf, dass dasselbe auf die vasomotorischen Nerven — als Vasoconstrictor wirke. **A. Blaschko** (Berlin).

21. **Leistikow.** Über Scrophuloderma.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 10.)

L. suchte an zwei ihm von Dr. Unna überlassenen Fällen die Scrophulodermafrage mikroskopisch und bakteriologisch zu lösen. Es gelang ihm, aus nicht ulcerirtem Scrophuloderma jedes Mal den Staphylococcus aureus zu züchten, den er auch mikroskopisch mit dem Löffler'schen Methylenblau in Verbindung mit Karbolfuchsinfärbung nachweisen konnte. Kultivirung der Tuberkelbacillen misslang, dagegen zeigten sich mikroskopisch die unzweideutigen Attribute der Tuberkulose, nämlich die Riesenzellen. Nach alledem fasst L. das Scrophuloderma als Mischinfektion auf, d. h. als eine Erkrankung, welche durch die Symbiose des Staphylococcus aureus und des Tuberkelbacillus bedingt ist.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

22. **G. Mandry.** Die Behandlung der Syphilis mittels Injektionen von Oleum cinereum. (Aus dem Kölner Bürgerhospital. Abtheilung von Prof. Leichtenstern.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 35.)

M. erstattet Bericht über die Ergebnisse der seither im Kölner Bürgerhospital geübten Behandlungsweise der Syphilis mit Oleum cinereum. Gebraucht wurde dasselbe in der von Lang angegebenen Weise:

Hydrargyri
Lanolini ää 3,0
Adde Ol. oliv. 4,0.

Spritze und Nadeln wurden vor der Injektion sterilisirt, während die Ölmischung jedes Mal nur erwärmt und geschüttelt wurde. Alle 8 Tage wurde eine Einspritzung zu 0,3 Ol. cin. gemacht. Von 547 bei 107 Pat. gemachten Injektionen abscedirten 5, davon 3 bei ein und derselben Pat. Mundentzündungen traten auf in 19% der Fälle. In der Regel genügten zur Beseitigung der Krankheitserscheinungen 4 bis 5 Spritzen; in einem Falle wo die Behandlung länger (bis zu 3,3 Ol. cin.) fortgesetzt werden musste, trat 14 Tage nach der letzten Einspritzung eine foudroyante ulceröse Stomatitis auf, die zu einer Nekrose des Unter- und Oberkiefers mit Verlust eines Theiles der Zähne führte. Der Kranke ist in Folge hochgradiger Schrumpfung der Mundschleimhaut der einen Wange außer Stande, die Zahnreihen mehr als einige Millimeter zu öffnen, so dass von chirurgischer Seite die Narbenkontrakturen beseitigt werden sollten. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 45 Tage, war also etwas länger als bei der Schmierkur; die Schnelligkeit der Wirkung blieb ebenfalls hinter der der Schmierkur und des Kalomel etwas zurück. Die Heilerfolge, selbst mit Bezug auf Recidive, scheinen nicht besser und nicht schlechter als die anderer Methoden. M. erklärt die Methode für ziemlich schmerzlos (was wir nach unseren Erfahrungen nicht zugeben können) und auch bei richtiger Anwendung für gefahrlos. Dem gegenüber verweisen wir auf den oben berichteten Fall.

A. Blaschko (Berlin).

23. **E. Feibes.** Über eine ungewöhnliche Art von extragenitaler Syphilisinfektion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 23.)

Bei einem 25jährigen Manne tritt ein papulo-squamöses Syphilid ohne vorausgegangene Genitalerkrankung auf. Die Anschwellung der rechtsseitigen Maxillar- und Cervikaldrüsen führt auf die Entdeckung eines erbsengroßen, akneartigen Knötchens auf der rechten Wangenhaut an einer Stelle, wo der Kranke vor einigen Monaten vom Barbier geschnitten worden ist. Specifische Therapie erweist sich als wirksam.

A. Blaschko (Berlin).

24. **Hebert (New Orleans).** Über Chininamaurose.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 38.)

Ein kräftiger gesunder, junger Mann hatte einen Anfall von Malariakoma und erhielt desshalb Chinin. In einem Zustande von Chininrausch wurde plötzlich die Sehfunktion bis auf Lichtperception reducirt; es fand sich keine Injektion der Conjunctiva, die Pupillen waren halb dilatirt und reagirten nicht auf Licht. Eine Störung in Folge der gewöhnlichen Chininsymptome zeigte sich nur in geringem Grade, das Gehör war aber schärfer als vor dem Gesichtsverlust. Da sich der Pat. einer ophthalmoskopischen Untersuchung entzog, so ist die Diagnose zwischen Malariahämorrhagie und Chininamaurose schwierig; H. glaubt nur eine Chininamaurose annehmen zu dürfen, weil bei ihr der Grad der Blindheit ein bedeutender ist, die Pupillen mehr oder weniger dilatirt, aber starr sind, das Gesichtsfeld koncentrisch geschwächt und das Sehen in den centralen Theilen besser ist. Bei der Malariablutung der Netzhaut ist der Verlust der Sehkraft nicht so groß, die Pupillen normal, das Gesichtsfeld nicht verkürzt; befindet sich zufällig

die Blutung auf der Macula lutea, so erregt zwar die veränderte Sehschärfe Aufmerksamkeit, aber der Kranke hat ein centrales Skotom und sein Sehen ist schlechter im Centrum des Gesichtsfeldes. Die ophthalmoskopische Untersuchung giebt leicht den sicheren Aufschluss, die Papillen sind blauweißlich und die Gefäße auffallend klein. Die Prognose ist nicht sehr gut, da ein vollkommen normaler Zustand nicht wiederkehrt. **Prior** (Köln).

25. **J. T. Eskridge.** Abscess of the brain — operation — death on the ninth day.

(Journ. of the nerv. and ment. disease 1889. No. 6.)

Bei einem 30jährigen Manne entwickelte sich im Anschluss an einen Typhus rechts Otitis; diese neigte zur Besserung, als Pat. zu fiebern begann, über Kopfschmerz klagte und gegen Abend delirirte. Es zeigte sich Parese des linken Handgelenkes und der Muskeln, welche zum linken Mund ziehen. Die ausgestreckte Zunge wich nach links ab. Es bestanden ängstlicher Gemüthszustand, Obstipation, Schlaflosigkeit.

Nach Entleerung des Gehirnabscesses (ca. 30 g Eiter) ließen die paretischen Erscheinungen nach und das Fieber wich. Am 5. Tage p. o. zeigten sich wieder Fieber, Delirien, Trübung des Bewusstseins, Stupor. Die linke Seite wurde völlig gelähmt und am 8. Tage, einen Tag vor dem Exitus, zuckten die Muskeln der rechten Brustseite und des rechten Beines fast kontinuirlich.

Es fand sich rechts eitrige Konvexitätsmeningitis mit etwa $^1/_4$ Zoll tief reichender Erweichung der rechten Hemisphäre. Der Abscess entsprach etwa dem mittleren und unteren Drittel der rechten hinteren Centralwindung. Außerdem bestand circumscripte Meningitis über dem linken Paracentrallobulus und den obersten Partien der linken Centralwindungen. Das ungünstige Resultat setzt Verf. auf Rechnung der schlechten hygienischen Verhältnisse, in denen sich Pat. nach der Operation befand. **J. Ruhemann** (Berlin).

26. **H. Risse.** Zwei Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 5 u. 6. p. 523.)

Im 1. Falle gingen die Lähmungserscheinungen der Atrophie voraus, die Sehnenreflexe waren stark gesteigert, das eine Bein befand sich in spastischer Kontraktur und nur an wenigen Stellen ließ sich Entartungsreaktion nachweisen; er gehört daher zu den Fällen von amyotrophischer Lateralsklerose, bei welchen die Pyramidenbahnen zeitlich vor den Vorderhörnern erkranken. Nur mit Bezug auf die bulbären Symptome machte er mehr den Eindruck einer Mischform. Dieser Annahme entspricht auch der p. m. erhobene Befund, welcher eine hochgradige gleichmäßige Degeneration der Pyramidenbahn bis in den Hirnschenkelfuß erkennen ließ, während die Vorderhornganglienzellen im Halsmark und Hypoglossuskern im höheren Grade geschwunden waren, als in tieferen Rückenmarkabschnitten und in den anderen Nervenkernen.

Bei dem 2. Fall, welcher hauptsächlich bulbäre Erscheinungen bot (Beginn des Leidens mit Sprachstörungen, erst später Parese des Beines und Armes, fibrilläres Zucken nur in der Zunge, zunehmende Larynx- und Respirationslähmung), ließ ebenfalls p. m. den typischen Befund der amyotrophischen Lateralsklerose erkennen. Auch hier waren die Pyramidenbahnen, wie sich mikroskopisch deutlich erkennen ließ, zuerst erkrankt. In den Vorderhörnern fanden sich noch verhältnismäßig viel gut erhaltene Zellen. Bemerkenswerth ist, dass, trotzdem im 2. Falle bulbäre Symptome das Krankheitsbild beherrschten, doch der Hypoglossuskern weniger entartet war, als im 1. Falle.

Auch die Rinde der Centralwindungen wurde im 2. Falle untersucht und nicht erkrankt befunden. **A. Cramer** (Eberswalde).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 12. April.** **1890.**

Inhalt: **Biernacki,** Die Magenverdauung bei Nierenentzündung. (Orig.-Mittheilung.) 1. **Singer** und **Münzer,** Sehnervenkreuzung. — 2. **Marckwald,** Bedeutung des Mittelhirns für die Athmung. — 3. **Mazzotti,** Infektiöser Ikterus. — 4. **Andrew Clark,** Lungenblutungen älterer Leute. — 5. **Hayem** und **Tissier,** Intestinale Syphilis. — 6. **Bastian,** 7. **Gairdner,** Choreabehandlung.

8. **Breisacher,** Versuche über den Laryngeus superior. — 9. **Schwarz,** Einfluss der Galle auf das Bauchfell. — 10. **Baquis,** Virulenz des Humor aqueus nach Tollwuthimpfung. — 11. **Haun,** Magen-Darmschwimmprobe. — 12. **Holeczek,** Diabetes beim Kinde. — 13. **Hirschberg,** Schwefelkohlenstoffvergiftung. — 14. **Weyl,** Safraninvergiftung. — 15. **Günsburg,** Bleiamaurose. — 16. **Semmola,** Therapie der chronischen Bleivergiftung. — 17. **Semmola,** Antiseptische Eigenschaften des Schwefels. — 18. **Kogerer,** Antipyrin. — 19. **Barthélemy,** Behandlung der Akne. — 20. **A. Meyer,** Faserschwund im Kleinhirn. — 21. **Buss,** Multiple Sklerose. — 22. **Gordinier,** Sklerodaktylie und Sklerodermie. — 23. **Marina,** Tabes. — 24. **Gessler,** Progressive Muskelatrophie. — 25. **Plehn,** Polymyositis. — 26. **Neftel,** Behandlung verschiedener Neurosen. — 27. **Heddäus,** Pupillensymptome. — 28. **Peters,** Konvergenzlähmungen.

(Aus der medicin. Klinik von Prof. Leo Popoff in Warschau.)

Die Magenverdauung bei Nierenentzündung.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. E. Biernacki,
Assistent an der Klinik.

In der letzten Zeit hat sich die Magenuntersuchung nicht nur auf eigentliche Magenaffektionen beschränkt, sondern auch auf andere krankhafte Processe, die mit Magenstörungen einhergehen, ausgedehnt. Immer öfter begegnen wir in der Litteratur Angaben über den Chemismus der Magenverdauung bei Respirationskrankheiten (Chelmonski[1] u. A.), bei Chlorose und Anämie (Lenhartz[2]), bei

[1] Revue de méd. 1889.
[2] Deutsche med. Wochenschrift 1890.

Herzfehlern (Adler und Stern[3]), bei Lebercirrhose (Fawitzky[4]) etc. Allein bei Nierenerkrankungen wurden solche systematische Untersuchungen nicht angestellt, was um so mehr auffallend ist, da diese Krankheiten sehr oft Verdauungsstörungen verursachen und sich nicht selten eine Nierenentzündung, namentlich interstitielle, hauptsächlich durch dyspeptische Symptome kund giebt. Aus diesem Grunde habe ich eine Reihe von systematischen Untersuchungen der Magenverdauung in dieser Richtung angestellt. Um möglichst reine Resultate zu bekommen, wähle ich Fälle von Nierenerkrankung bei jungen Individuen ohne größere Cirkulations- oder Respirationsstörungen, ohne präexistirende Magenaffektion und ohne Fieber. Ich beabsichtige, alle Arten von Nierenentzündung der Untersuchung zu unterziehen. Die 6 bisher untersuchten Fälle entsprechen meist dem klinischen Verlaufe nach der chronischen und subakuten parenchymatösen Nierenentzündung mit kleineren oder größeren Ödemen und ziemlich beträchtlichem Gehalt an Eiweiß im Urin. Um Nebeneinflüsse auf die Magenabsonderung zu vermeiden, wurde den Kranken nur Kali aceticum und von Zeit zu Zeit ein Wannenbad verordnet; auch untersuche ich einen Fall, wo von Anfang an die Therapie sich nur auf Milchdiät beschränkt. Bei jedem Kranken ist die Untersuchung eine Zeit lang gemacht worden, um die Schwankungen der Magensekretion in Beziehung zum Stadium der Erkrankung und andere Verhältnisse zu studiren. Bei jedem Kranken wird die Magenverdauung bei verschiedenen Probemahlzeiten untersucht; am häufigsten verwende ich die Eiweißmethode, in zweiter Reihe Milchsemmelprobefrühstück. Die Anwesenheit von freier Salzsäure wird mittels des Günzburg'schen Reagens bestimmt, die quantitative Bestimmung geschieht nach der Sjöquist'schen Methode, Pepsin mittels künstlicher Verdauung, weiter wird auf Pepton untersucht, auf Milchsäure, endlich die gesammte Acidität des Magenfiltrates bestimmt. Bei dieser Untersuchungsmethode fand ich bisher, dass die Quantität der freien Salzsäure stark vermindert ist, ja am meisten fehlt. Die Menge von freier Salzsäure überschreitet nicht in manchen Bestimmungen 0,02%. Die Peptonisirung, um nach der Biuretreaktion zu beurtheilen, findet mehr oder weniger immer statt — Syntonin, Propepton etc. natürlich ausgeschlossen. Die künstliche Verdauung einer Eiweißscheibe im Magenfiltrat mit oder ohne Zusatz von HCl zeigt sehr oft sehr kleine Mengen von Pepsin. Milchsäure findet sich auch in unbedeutender Menge und die Gesammtacidität des Filtrates ist gering und überschreitet häufig nicht 25—29 ($^1/_{10}$ Normalnatronlauge). Es ist bemerkenswerth, dass diese Eigenschaften des Magenfiltrates sich finden nicht allein in Fällen mit subjektiven und objektiven Verdauungsstörungen, sondern auch, wo letztere fehlen oder wenig ausge-

[3] Berliner klin. Wochenschrift 1889.
[4] Refer. in »Wratsch« 1890. (Russisch.)

sprochen sind. Ich bemerke noch, dass ungeachtet dieser Sekretionsanomalien die Kranken keine Motilitätsstörungen des Magens aufweisen: auch in den Fällen von gänzlichem Fehlen der Salzsäure habe ich Morgens den Magen leer gefunden und die zum Ausspülen benutzte Flüssigkeit neutral; $1^1/_4$—$1^1/_2$ Stunden nach der Eiweißprobe wird oft nichts ausgehebert.

Ich bemerke in Übereinstimmung mit Fawitzky, dass die Bestimmung der freien Salzsäure im Magenfiltrate bessere Resultate mittels der Sjöquist'schen Methode, als mit dem Günzburg'schen Reagens liefert. Nicht selten gelang es noch dort zwar kleine Mengen von freier Salzsäure nachzuweisen, wo Fluorglucinvanillin gänzlich versagte. Umgekehrt geschah niemals.

Wie weit die bisher erhaltenen Resultate sich verallgemeinern lassen werden, sollen weitere Untersuchungen zeigen. Ich war noch nicht in der Lage, einen ganz frischen Fall von Nierenentzündung zu untersuchen, lediglich solche Fälle, die schon längere Zeit gedauert haben oder auch in Verbesserung übergingen. Von der Ansicht ausgehend, dass die Veränderungen in der Magensekretion bei Nierenkrankheiten hauptsächlich auf Blutveränderungen beruhen, darf man voraussetzen, dass sich die Magenverdauung je nach dem Stadium, Dauer und Intensität des Leidens modificiren wird. Die Untersuchungen in dieser Richtung führe ich weiter und werde die Ergebnisse alsbald veröffentlichen.

---

1. **J. Singer** und **E. Münzer.** Beiträge zur Kenntnis der Sehnervenkreuzung. (Aus dem physiologischen Institute der k. k. deutschen Universität zu Prag.)

(Sonderabdruck aus dem LV. Bande d. Denkschriften der mathematisch-naturwissenschaftl. Klasse der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mit 5 Taf.)

Da die Frage einer partiellen oder totalen Kreuzung der Sehnerven durch die Untersuchungen von Gudden, Ganser und Michel u. A. noch nicht gelöst worden ist — bekanntlich stehen sich die Resultate dieser Forscher zum Theil diametral gegenüber —, so versuchten die Verff. durch die folgenden Untersuchungen neues Licht in die Sache zu bringen. Nach ihrer Ansicht konnte die Ursache der sich so sehr widersprechenden Ergebnisse der Vorarbeiter nur darin liegen, dass die Anstellung der Versuche resp. die Behandlung der Präparate eine fehlerhafte war. Um daher die früheren Fehlerquellen zu meiden, bedienten sich die Verff. einer neuen Härtungs- und Färbemethode, die von V. Marchi im Jahre 1887 angegeben worden war (s. Original).

Das Resultat der Untersuchungen ist, kurz zusammengefasst, folgendes: Von den 7 verschiedenen in Untersuchung gezogenen Thierarten bestand bei 4, nämlich Taube, Eule, Maus und Meerschweinchen, totale und bei 3, Kaninchen, Hund und Katze, partielle Kreuzung der Sehnerven im Chiasma. In Bezug auf letztere ist noch

zu erwähnen, dass der ungekreuzte Tractusantheil des Kaninchens eine geringere, der des Hundes und der Katze eine sehr starke Faseranzahl aufwies.

Zum Schluss kritisiren die Verff. die abweichenden Befunde Gudden's und Michel's und gelangen durch Kontrollversuche dazu, die Irrthümer Gudden's aus einer fehlerhaft angestellten Operation und jene Michel's aus einer mangelhaften Färbemethode herzuleiten.

Auf die vielen Details der sehr mühevollen und höchst interessanten Arbeit, der eine Anzahl trefflich ausgeführter Abbildungen beigefügt sind, einzugehen, ist hier leider nicht möglich; es sei desshalb auf das Original besonders hingewiesen.

A. Neisser (Berlin).

---

2. **M. Marckwald.** Die Bedeutung des Mittelhirns für die Athmung.

(Zeitschrift für Biologie N. F. Bd. VIII. p. 259.)

Um den Einfluss der einzelnen Hirntheile auf die Athembewegungen zu studiren, benutzte M. eine neue Ausschaltungsmethode. Dieselbe besteht darin, dass dem Versuchsthiere (Kaninchen, Katze) mittels einer, sehr feine Abmessungen erlaubenden Spritze (»Mikrosyringe« von Beck) in die Carotis communis oder interna oder in die A. vertebralis eine Mischung von geschmolzenem Paraffin und Olivenöl eingespritzt wird. Da die schnell erstarrende Masse je nach der injicirten Menge ein größeres oder kleineres Gefäßgebiet verstopft, gelingt es auf diese Weise, nach Belieben größere oder kleinere Abschnitte des Gehirns auszuschalten. Die Sektion ergab jedes Mal wie weit die Ausschaltung gegangen war.

War den Thieren der Vagus beiderseits durchtrennt, so änderte der alleinige Ausfall des Großhirns oder des Großhirns und der vorderen Vierhügel die Athmung nicht. Fielen auch die hinteren Vierhügel fort, so entstanden jene langdauernden tiefen und unregelmäßigen Athemkrämpfe, die M. früher nach Fortfall der Vagi und hoher Kopfmarkdurchschneidung beobachtet hatte. Aber diese Athemkrämpfe nahmen bald an Dauer ab und die Athmung wurde allmählich wieder regelmäßig rhythmisch. Ging dagegen die Gehirnausschaltung so weit, dass auch der sensible Trigeminuskern fortfiel (Verf. scheint diesen Kern, der doch der Trigeminuswurzel verhältnismäßig wenige Fasern liefert, für viel bedeutender zu halten, als er wirklich ist, Ref.), so blieben die Krampfathmungen bestehen.

Verf. folgert aus diesen Experimenten, dass »sowohl von den hinteren Vierhügeln als vom sensiblen Trigeminuskern Erregungen ausgehen, welche die Athmung dauernd zu beherrschen (d. h. ihre regelmäßige Rhythmik zu unterhalten, Ref.) im Stande sind, nachdem die Nn. vagi ausgefallen sind«.

Er glaubt ferner, dass den hinteren Vierhügelbahnen ein Tonus zugesprochen werden müsse, der freilich schwächer sein müsse, als

der natürliche Vagustonus und dass der sensible Trigeminuskern an und für sich zwar keinen Tonus besitze, einen solchen aber nach Wegfall der hinteren Vierhügel gewinne.

Reichte die Gefäßverstopfung so weit, dass auch der obere Theil der Oblongata ausgeschaltet war, so traten dieselben Athemkrämpfe auf, wie nach der blutigen Ausführung der hohen Kopfmarkdurchtrennung. Sehr bezeichnend scheint dem Ref., dass auch nach Fortfall des unteren Theiles der Oblongata, der das Legalloic-Flourens'sche Athemcentrum enthält, »vereinzelte Athemkonvulsionen« auftraten, die allerdings nach der Angabe M.'s ganz anders aussahen, wie die Athemkrämpfe des selbstthätigen Athemcentrums. Nach Ausschaltung des Halsmarkes erloschen die Rumpfathmungen, während die Athembewegungen des Kopfes bestehen blieben.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. **L. Mazzotti.** Osservazione cliniche ed anatomiche intorno all' Itterizia infettiva, conosciuta sotto il nome di malattia del Weil.

Bologna 1889.

Nach einer ziemlich vollständigen Übersicht über die kurze Geschichte der sogenannten Weil'schen Krankheit berichtet M. ausführlich über 15 eigene Beobachtungen, welche sich durch ihr klinisches Bild dem Weil'schen Symptomenkomplex eng anschließen. 5 dieser Beobachtungen werden mit den Sektionsbefunden beschlossen, die eben so wenig wie die in der Litteratur vorhandenen Sektionsberichte die Grundlage zu einer einheitlichen anatomischen Auffassung der klinisch so ähnlichen Fälle geben können, im Gegentheil dem Urtheil derjenigen Autoren (Nauwerck, A. Fraenkel), welche auf die Obduktionsbefunde hin die Entität der Weil'schen Krankheit geradezu verneinen, neue Begründung verleihen.

Die Beobachtungen und Leichenbefunde des Verf. sind durchaus objektiv, in so fern jene zum Theil vor Weil's erster Veröffentlichung, diese sämmtlich vor Nauwerck's Mittheilungen erhoben wurden und die anatomischen Daten Aufrecht's aus dem Jahre 1881 bis zur zweiten Publikation im Jahre 1887 dem Verf. unbekannt geblieben waren, so dass also eine vorgefasste Meinung und die Beeinflussung durch fremde Ideen für M.'s Aufzeichnungen wegfällt. Die ersten Fälle, welche M. im Jahre 1883 beobachtete, hatte er wegen der Unmöglichkeit, sie an bekannte Krankheitsformen anzureihen, gemäß dem in Erscheinung tretenden Symptomenkomplex mit der Bezeichnung Itterizia acuta infettiva versehen.

Verf. verhehlt sich nicht, dass, während die große Anzahl seiner Fälle und die Unparteilichkeit ihrer ersten Beurtheilung seinem Material einen besonderen Werth verleihen, es gleichwohl dadurch Manchem weniger werthvoll erscheinen möchte, dass seine Zugehörigkeit zu dem Weil'schen Symptomenkomplex nicht für jeden ein-

zelnen Fall mit zwingender Klarheit sich ergiebt: der leichte Verlauf in den meisten der in Heilung übergegangenen Fälle, der Mangel von Rückfällen außer in einer Beobachtung, das häufig späte Eintreten der Kranken in die Hospitalbeobachtung und die damit einhergehende Nothwendigkeit, die objektive Krankengeschichte in manchen Punkten durch die Anamnese zu ergänzen, das Alles sind, wie M. meint, Mängel seines Materials. Die Thatsache, dass in einigen seiner Fälle wesentliche Züge aus dem Weil'schen Bilde vermisst werden und nur Fieber, Ikterus und die allgemeinen klinischen Zeichen des Infektes allen ohne Ausnahme eigenthümlich sind, dass ferner gerade die Fälle mit tödlichem Ausgang dem Weil'schen Typus im klinischen Verlauf nicht genau folgen, hat M. an der Zusammenstellung seiner Beobachtungen nicht hindern können, indem er der Ansicht war, dass bei der Aufstellung einer Krankheitsform, welche ihrer Entstehung und ihrem Wesen nach erst noch abgegrenzt werden muss, gerade die Grenzfälle zur Beurtheilung wichtig sind und um so wichtiger werden müssen, wenn einzelne Autoren mit guten Gründen der aufzustellenden Krankheit nur den Werth eines Symptomenvereins lassen wollen, der mehreren Krankheitsformen sich beigesellen bezw. aus ihnen hervorgehen kann. Als besonders wichtig für die Auswahl seiner Fälle betont M. neben ihrer äußeren Ähnlichkeit das negative Kriterium: Fehlen einer greifbaren mechanischen Ursache für den Ikterus, Mangel eines charakteristischen Sektionsbefundes, Unmöglichkeit sie einer bekannten anderen Krankheitsform unterzuordnen.

Die Übersicht über die 15 Beobachtungen M.'s glauben wir am klarsten in nebenstehender Tabelle geben zu können.

Sektionsbefund zu:

Fall XI: Chronischer Magendarmkatarrh, katarrhalische Magenerosionen; fettige Degeneration des Leberparenchyms und der Nierenepithelien; interstitielle Kernwucherung in den Nieren; akuter Milztumor.

Fall XII: Degeneration der Leberzellen von der leichtesten Art bis zum völligen Untergang; geringe interstitielle Hepatitis. Mäßiger Grad akuter Nephritis. Geringer Milztumor. Adhäsive Pleuritis; hämorrhagisch-pneumonische Herde. Atheromatose der Gefäße.

Fall XIII: Körnig fettige Degeneration der Leberzellen und der Zellen in der Nierenrinde. Milztumor.

Fall XIV: Interstitielle interlobuläre und intralobuläre Hepatitis, fettige Degeneration der Leberzellen und Nierenrindenzellen. Parotitis suppurativa. Arteriosclerosis. Akuter Milztumor.

Fall XV: Starke Vergrößerung der Leber; fettige Degeneration der Leberzellen; geringe interstitielle Hepatitis; interstitielle und parenchymatöse akute Nephritis. Bronchitis. Schwellung der solitären (nicht der aggregirten) Darmfollikel.

Die sehr ausführlichen Sektionsprotokolle verneinen jedes Mal ausdrücklich pathologische Veränderungen an den Gallenwegen, den Mesenterialdrüsen etc.

Hervorzuheben ist, dass 2 Genossen des unter No. IV besprochenen Zollbeamten 4 Tage nach Erkrankung des letzteren (am

	Jahreszahl	Beruf	Alter in Jahren	Beginn der Erkrankung	Beginn der klinischen Beobachtung	Dauer		Schüttelfrost im Beginn	Prodrome	Höchster Fiebergrad	Auftreten des Ikterus	Leberschwellung	Milzschwellung	Harnbefund				Besondere Symptome
						der akuten Krankheit (des Fiebers)	der Rekonvalescenz							Eiweiß	Blut	Galle	Zucker	
I.	1883	Tagelöhner	20	26. Juli	9. Tag	11	10	ja	nein	39,8	3. Tag	nein	nein	deutlich	deutlich	fraglich	nein	Petechien am 4. Tage; Wadenschmerzen
II.	1883	Hutmacher	27	26. »	5. »	9	20	»	»	38,6	3. »	»	»	stark	stark	deutlich	»	Hals- und Gelenkschmerzen, profuse Diarrhoen, Nasenbluten
III.	1884	Schuster	19	12. August	4. »	6	10	»	»	40,0	3.—4. Tag	»	ja	?	?	?	?	— —
IV.	1884	Zollwächter	31	13. »	3. »	9	12	»	»	39,7	8. »	»	nein	?	?	?	?	heftige Glieder- und Gelenkschmerzen, Nasenbluten
V.	1885	Maurer	19	15. Mai	7. »	7	13	»	»	?	5.—6. »	»	»	?	?	?	?	— —
VI.	1885	»	35	22. Juli	6. »	10	9	?	»	38,4	5.—6. »	»	»	?	?	deutlich	?	Husten, Nasenbluten.
VII.	1886	Kärrner	23	8. August	2. »	8	2	ja	»	39,0	6. »	»	ja	Spur	nein	»	?	heftig. Gliederweh; Schmerzen im rechten Epigastrium, Durchfälle wenig gefärbt
VIII.	1887	Arbeiter	41	16. September	9. »	10	3—4	»	ja	39,4	7. »	»	nein	deutlich	»	fraglich	?	wässriges und galliges Erbrechen; Gelenkschmerzen
IX.	1888	Lastträger	44	30. November	3. »	8	30	»	»	38,0	4. »	ja	ja	»	»	?	?	prodromale Melancholie; profuse Durchfälle, gefärbt; Meteorismus; Polyurie in der Rekonvalescenz
X.	1889	Zeugschmied	20	12. August	5. »	8 und Rückfall 8	20	»	nein	40,3	4. »	nein	»	nein	»	deutlich	nein	Gliederschmerzen, Erbrechen, Nasenbluten
XI.	1882	Schwefelholzmacher	56	24. Juli	4. Tag	8	†	nein	nein	39,0	5. Tag	nein	ja	?	nein	nein	nein	Collapstemperaturen, Stupor nach wenigen Tagen; Fäces gefärbt
XII.	1883	Schreiner	64	Mai	—	15	†	»	—	—	7. Tag (nach Nephritis	»	nein	ja	ja	»	»	Beginn im Verlauf eines Pleuritisrecidivs; fieberloser Verlauf; Nephritis
XIII.	1884	Ehefrau	32	Mitte August	40. »	60	†	»	—	40,0	40. (?) Tag	ja	ja	Spur	nein	ja	»	regelloses protrahirtes Fieber
XIV.	1885	Lumpensammlerin	75	10. September	6. »	17	†	?	nein	38,1	6. »	nein	nein	deutlich	»	nein	»	Gliederschmerzen, Erbrechen; zuletzt Parotitis
XV.	1886	Barbier	42	11. Juli	11. »	12	†	ja	—	38,0	9. »	ja	»	?	»	ja	?	Erkrankung nach Heilung eines leichten Skorbuts; schmerzhafte Durchfälle.

17. August) unter Schüttelfrost an einem akuten fieberhaften Leiden ohne Ikterus erkrankten, welches übrigens denselben Verlauf nahm, wie das mit Ikterus einhergehende ihres Gefährten. Bei dem einen, 26jährigen, dauerte das Fieber 9, bei dem anderen, 27jährigen Beamten, 7 Tage; der letztere hatte die Symptome des Glieder- und Gelenkschmerzes in hohem Grade.

In keiner Vorgeschichte irgend eines der zur Genesung gelangten Kranken ist etwas Bemerkenswerthes enthalten; das Voraufgehen einer Syphilisinfektion oder eines Rheumatismus vor vielen Jahren in einzelnen Fällen scheint in Bezug auf das in Rede stehende Leiden eben so unwesentlich wie das Voraufgehen einer stärkeren Insolation im X. Falle 4 Wochen vor dem Eintritt des fieberhaften Ikterus. **G. Sticker** (Köln).

---

4. **Sir A. Clark.** Remarks on the non-tubercular and non-cardiac haemoptyses of elderly persons.

(Brit. med. journ. 1889. Oktober 26.)

Bei älteren Leuten, welche keine der gewöhnlichen Herz- und Lungenerkrankungen haben, tritt bisweilen Hämoptoe auf in Folge von Veränderungen in der Wandung der Endarterien der Lunge. Diese Veränderungen bestehen in einer amorphen und hyalinen Infiltration der Media und Intima, so wie in Vermehrung der Zellkerne in der Media. Diese Veränderungen treten nur auf bei Leuten mit arthritischer Diathese, ähneln den Gefäßveränderungen in arthritisch veränderten Gelenken und sind selbst arthritischer Natur. Die durch solche Gefäßveränderung hervorgebrachte Hämoptoe führt bisweilen zum Tode, lässt jedoch in der Regel bald nach, ohne irgend welche gröbere anatomische Veränderungen der Lunge zurückzulassen. Sie wird vermehrt durch häufige Darreichung von Adstringentien, durch das Auflegen von Eisbeuteln auf die Brust, so wie durch vermehrte Flüssigkeitsaufnahme. Die geeignetste Behandlung besteht in absoluter Ruhe, blander Diät, Einschränkung des Genusses von Flüssigkeiten, Unterdrückung des Hustens, Anwendung von Hautreizen und in dem Gebrauch von Kalomel und salinischen Abführmitteln, so wie von Jodkali. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

---

5. **G. Hayem** et **P. Tissier.** De la Syphilis de l'Intestin.

(Revue de méd. 1889. No. 4. April 10.)

Nach einer eingehenden Besprechung der bisher über die Lokalisation des syphilitischen Virus im Darmtractus erschienenen Litteratur, geben die Verf. eine ausführliche Schilderung des Krankheitsverlaufes und das Sektionsergebnis einer 32jährigen Pat., die unter dem Bilde einer typhösen Erkrankung aufgenommen wurde bei gleichzeitigem Bestehen eines papulo-squamösen Syphilids. Nach Begründung der Differentialdiagnose der im Ende des Dünndarmes und besonders im Dickdarm sehr zahlreich gefundenen Ulcerationen von

tuberkulösen, typhösen, dysenterischen, leukämischen etc. Geschwürsbildungen, werden die anatomischen Merkmale der specifischen Erkrankung des Darmkanals fixirt: Die Syphilis findet ihre Lokalisation in den lymphoiden Organen, den Peyer'schen Plaques und den solitären Follikeln. In den ersten Stadien findet sich nur starke kleinzellige Infiltration, später Geschwüre mit verdickten Rändern, angefüllt mit einer eitrigen, gelblich gefärbten Masse. Alle Gewebsschichten sind an dem Processe betheiligt, die Serosa oft verdickt, von Membranen bedeckt; in veralteten Fällen trifft man bindegewebige Narben mit starker Retraktion.

Ein klinisches Bild der Erkrankung lässt sich bei der geringen Zahl der bis jetzt beschriebenen Fälle noch nicht geben. Charakteristisch sind sehr heftige, durch Monate anhaltende, die Kranken ungemein schwächende Diarrhoen; die Stühle sind oft blutig gefärbt.

Die Verff. fordern schließlich zu einem eingehenderen Studium dieser Erkrankungsform auf, da sie glauben, dass dieselbe durchaus nicht so selten vorkommt, als es nach der kleinen Zahl der Veröffentlichungen scheinen könnte. **M. Cohn** (Berlin).

---

6. **Ch. Bastian.** Clinical lecture on a case of protracted and severe chorea treated by prolonged sleep.

(Lancet 1889. No. 3437.)

7. **Gairdner.** Remarks on the treatment of severe chorea by prolonged sleep, and especially by chloral hydrate in repeated doses.

(Ibid. No. 3440.)

Da die choreatischen Bewegungen während des Schlafes aufhören, suchte B. den Verlauf der Krankheit durch Herbeiführung lange ununterbrochenen Schlafes günstig zu beeinflussen. Er stellt sich vor, dass durch den verlängerten Schlaf der Schaden vermindert wird, welchen die im wachen Zustande unaufhörlichen Bewegungen dem centralen Nervensystem zufügen, und dass die etwa der Krankheit zu Grunde liegenden centralen Veränderungen während der verlängerten Ruhe besser ausheilen können. Eine solche Behandlung ist jedoch für die gewöhnlichen Fälle überflüssig und für die akuten schweren mit deutlicher Herzerkrankung zu gefährlich. B. hat sie desshalb nur in ungewöhnlich lang dauernden Fällen mit großer Muskelunruhe, aber ohne schwere Komplikationen angewandt und zwar meistens mit deutlichem Erfolg und niemals mit Nachtheil für die Kranken.

Zur Herbeiführung des Schlafes geht B. folgendermaßen vor: Er verordnet 1,2 g Chloralhydrat und lässt diese Gabe wiederholen, sobald der Kranke erwacht. Nur zur Nahrungsaufnahme wird eine halbe Stunde Wachen gestattet. In einem als Beispiel angeführten Falle, welcher ein 20jähriges Dienstmädchen betraf, war die angegebene Dosis (welcher wegen Kopfweh beim Erwachen vom 2. Tage

ab 0,6 Bromkali zugefügt wurde) alle 4 Stunden nöthig; später schlief die Kranke bisweilen 8 Stunden, in der Regel etwa 6 Stunden. Dabei wurde das Tageslicht gedämpft und für Ruhe gesorgt. Der Stuhl wurde mit Cascara sagrada und Einläufen geregelt. Eine solche Schlafperiode dauert, wenn nöthig, bis zu 3 Wochen und kann nach einer Pause von 8—14 Tagen wiederholt werden. Die Besserung zeigt sich allmählich in den für die Nahrungsaufnahme gestatteten Schlafpausen und hält während der längeren Unterbrechungen meistens Stand. —

Veranlasst durch B.'s Mittheilung, erinnert G. an einen von ihm bereits früher mitgetheilten, aber wenig bekannt gewordenen Fall, der sehr zu Gunsten des Chlorals bei Chorea spricht.

Ein 8jähriges Mädchen erkrankte im April 1869 an Chorea und wurde rasch mit Arsenik geheilt. Im Januar 1870 bekam sie einen zweiten Anfall, der viel heftiger war und lange Zeit vergeblich mit Arsen, Zink und der Calabarbohne behandelt wurde. Da versuchte G. Chloral und gab 3mal täglich 0,3, allmählich steigend bis zu 3mal 0,9 pro die. Da wurden eines Tages in Folge eines Irrthums 3,6 auf einmal gegeben, eine halbe Stunde später traten schwere Vergiftungserscheinungen ein, welche erst nach 5 Stunden ihren bedrohlichen Charakter verloren. Das Kind erwachte erst mehr als 24 Stunden später und blieb, wie in dem Chloralschlaf, so nach demselben völlig von seiner Chorea befreit.

Auf Grund dieses unfreiwilligen Experimentes hat G. seitdem Chloral in vielen Fällen von Chorea angewandt und hat davon stets einen sehr günstigen Einfluss auf die Intensität der Krankheit, wenn auch keine sofortige Heilung mehr gesehen. Er stimmt mit B. darin überein, dass in den meisten Fällen von Chorea Chloral überflüssig ist, und hält das Mittel für besonders geeignet in solchen Fällen, in welchen die unausgesetzten Spasmen die Kranken zu erschöpfen drohen.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **L. Breisacher.** Versuche über den Nervus laryngeus superior.

(Centralblatt für die med. Wissenschaften 1889. No. 43.)

H. Möller fand nach Durchschneidung des Nerv. laryngeus superior beim Pferde, dass sämmtliche Kehlkopfmuskeln derselben Seite atrophiren und folgerte hieraus, dass in diesem Nerven trophische Fasern angenommen werden müssen. Auch Exner fand nach dem gleichen Eingriffe eine Atrophie des Musc. cricoarytaenoideus posticus derselben Seite und glaubte dieselbe als Inaktivitätsatrophie auffassen zu müssen. Dem gegenüber haben die B.'schen Versuche nach Durchschneidung des Nervus laryngeus superior ein vollkommen normales Verhalten der vom Nerv. laryngeus inferior versorgten Muskeln ergeben, so dass gar keine Veranlassung vorliegt, trophische Fasern im Nerv. laryngeus superior nach Möller oder Inaktivitätsatrophien im Exner'schen Sinne anzunehmen.

B. Baginsky (Berlin).

9. **R. Schwarz.** Sugli effetti del versamento di bile nella cavità peritoneale e sulla cicatrizzione delle ferite della cistifellea.

(Riforma med. 1889. No. 236 u. 237.)

In einer Anzahl von Untersuchungen am Hunde und am Kalbe fand S. den frischen Inhalt der Gallenblase bei diesen Thieren stets frei von Spaltpilzen. Mit

diesem negativen Befund stimmen die Ergebnisse seiner Experimente über den Einfluss der Galle auf das Peritoneum; gelang es ihm, auf aseptischem Wege den Erguss der Galle in die Bauchhöhle zu bewirken, so trat keine Spur von Reizung am Bauchfell ein; auch fehlte jedes Symptom von Vergiftung. Die bei der Exstirpation der Gallenblase an der Leber erzeugten Wunden heilten völlig durch Anlöthung des Omentum und unter Bildung eines Blutcoagulums, so dass ein hindernder Einfluss der Galle auf die Heilung solcher Wunden nicht anzunehmen ist. Wunden der Gallenblase, selbst solche, die mit Ausfall eines ganzen Stückes der Wandung einhergehen, heilen bei aseptischen Kautelen vollständig. Abgesehen von ihrer Bedeutung für die chirurgische Exstirpation der Gallenblase zeigen die Experimente S.'s, dass eine einfache Verletzung der Gallenblase bei perforirender Bauchwunde einen chirurgischen Eingriff an diesem Organ nicht ohne Weiteres nöthig macht. **G. Sticker** (Köln).

10. **E. Baquis.** Virulenza dell' umor acqueo negli animali rabbiosi. (Istituto patol. del Prof. Tizzoni.)

(Riforma med. 1889. No. 225.)

B. findet an Kaninchen, dass der Humor aqueus der vorderen Augenkammer nach Einimpfung des Wuthgiftes in das andere Auge oder in den Nervus ischiadicus sehr bald virulent wird und es bereits dann ist, wenn die ersten Symptome des paralytischen Stadiums beim Thier ausgesprochen sind. Die Thatsache, dass bei einem Versuchsthiere das Kammerwasser am 6. Tage nach der Einimpfung in den Ischiadicus schon ausgeprägte Virulenz hatte, obwohl am geimpften Thiere die Lähmungserscheinungen erst an dem hinteren Körpertheil begannen, dürfte dafür sprechen, dass die Weiterverbreitung des Wuthgiftes in diesem Versuche auf dem Wege der Lymph- oder Blutgefäßbahnen geschah, also auf der von Celli und de Blasi oder auf der von Pasteur vorgeschriebenen Bahn, nicht aber auf dem Wege der Nervenstränge, welche bekanntlich seit den Experimenten von Di Vestea und Zagari, wenn nicht als die einzige, doch als die wesentliche Verbreitungsbahn für das Wuthgift gelten. Nach dem Tode des Thieres verliert der Humor aqueus sehr rasch die vorher ausgeprägte Virulenz.

G. Sticker (Köln).

11. **Haun.** Über die Magen-Darmschwimmprobe.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Besonders Ungar und Nikitin haben in letzter Zeit die Magen-Darmschwimmprobe als der Lungenprobe nächstwichtigste hingestellt, welche auch bei negativem Ausfall der letzteren im Stande sein solle, diese zu korrigiren. Ein Fall von Mittenzweig (Kind in den Eihäuten geboren; bei der eine Stunde später folgenden Entwicklung war das Kind todt; Sektion: Lungen luftleer, Magen und Darm schwammen nicht; beim Aufschneiden des Magens unter Wasser stiegen zahlreiche Luftblasen auf) und ein Fall von Strassmann (plötzlicher Tod der im letzten Monat schwangeren Mutter an Erstickung; Sektion: Lungen luftleer, Magen schwamm, enthielt beim Aufschneiden zahlreiche in Schleim eingebettete Luftblasen; in den oberen Theilen des Dickdarmes ebenfalls etwas Luft) legen den Gedanken nahe, dass das dort gefundene Gas sich nicht durch Fäulnis entwickelt habe, sondern von außen eingedrungene Luft sei. Dieses kann in beiden Fällen nur dadurch geschehen sein, dass bei zufälligen beim Transport der Frucht entstandenen Bewegungen Kompression des Bauches, nachherige Wiederausdehnung, dadurch negativer Druck im Magen und bei günstiger Lage des Mundes Eintritt von Luft in diesen zu Stande kommt. Um zu erkennen, ob solche Bewegungen genügen, um Luft in den Magen zu bringen, wurden von Strassmann und Verf. bei neugeborenen Kindesleichen, an denen keine Wiederbelebungsversuche angestellt waren, einige Schultze'sche Schwingungen gemacht, welche im Stande sind, Luft in die Lungen und den Magen zu bringen. Dass es sich um eingedrungene Luft und nicht um Fäulnisgase handelte, wurde festgestellt, indem der Magen in ein mit Wasser gefülltes, unter Wasser stehendes Reagensglas gebracht

wurde. Eine weiterre Gasbildung, die bei Fäulnis hätte eintreten müssen, zeigte sich nicht. Bei 6 von 9 todtgeborenen Kindern zeigte sich nach Ausführung der Schwingungen Luft im Magen; in den 3 anderen Fällen, wo der Magen luftleer war, waren nur wenige Schwingungen gemacht worden. Mit Ausnahme eines Falles war bei den 8 anderen stets ein operativer Eingriff nöthig, oder die Anamnese unbekannt gewesen. In diesem einen war sicher durch wenige Schwingungen Luft in den Magen gebracht worden. Verf. will hieraus keine weiteren Schlüsse ziehen; jedenfalls können aber geringfügige Manipulationen Luftfüllung des Magens bewirken. **G. Meyer** (Berlin).

12. **Holeczek.** Ein Fall von Diabetes mellitus bei einem 3jährigen Kinde.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 45.)

H. theilt einen Fall von Diabetes mellitus bei einem 3jährigen Kinde mit, das, als er es zum ersten Male sah, bereits außerordentlich abgemagert und blass war. Das Kind entleerte in 24 Stunden 2—3 Liter Harn; derselbe hatte ein specifisches Gewicht von 1042, einen Zuckergehalt von 8,05%.

Jeder Versuch einer antidiabetischen Kur wurde, wie H. schreibt, gar nicht in Betracht gezogen, indem auch alle Kollegen, deren Meinung er einholte, sich nichts davon versprachen. Übrigens hatte keiner derselben Diabetes in diesem Alter beobachtet.

(Bei dem vorgeschrittenen Krankheitsprocess war allerdings wohl von der Therapie nicht mehr viel zu erwarten; absolut ungünstig ist die Prognose des Diabetes mellitus im kindlichen Alter aber nicht zu stellen, da einige sicher geheilte Fälle in der Litteratur niedergelegt sind. Übrigens ist der Diabetes mellitus bei so jungen Kindern doch nicht so selten, wie H. anzunehmen scheint. Stern hat in seiner Inauguraldissertation aus der Litteratur im Ganzen 117 Fälle von Diabetes mellitus im Kindesalter gesammelt. Darunter sind 6 Kinder, die noch nicht 1 Jahr waren, 7 im 2., 3 im 3., 7 im 4. Lebensjahre. D. Ref.)

M. Cohn (Berlin).

13. **J. Hirschberg.** Schwefelkohlenstoffvergiftung.

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 268.)

Fall von beiderseitigem centralen Skotom bei einer Arbeiterin, die in einer Gummiwaarenfabrik den Dämpfen von Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel ausgesetzt war. Ophthalmoskopisch beiderseits in der Macula lutea eine Gruppe zarter weißer Stippchen. Langsame Besserung nach Aufgabe der Beschäftigung, Jodkaligebrauch, Schwitzen. **Weinbaum** (Marburg).

14. **Th. Weyl.** Über Safraninvergiftung. (Aus dem hygienischen Institut zu Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 1.)

Das Auftreten eines langwierigen Hautausschlages bei einer Dame nach Anlegung einer neuen Trikottaille — ob in Folge derselben blieb allerdings zweifelhaft — gab dem Verf. Veranlassung, da die chemische und bakteriologische Untersuchung des betreffenden Kleidungsstückes im Übrigen nichts Verwerthbares ergab und nur das mit Safranin gefärbte rothe Futter einzelner Partien verdächtig erschien, Versuche über die Giftigkeit dieses Körpers anzustellen. Dieselben führten zu dem Resultat, dass das salzsaure Safranin in einer Dosis von 0,05 auf das Kilo des Körpergewichts bei subkutaner Einspritzung für Hunde ein tödliches Gift darstellt. Ob aus dieser Thatsache ein Schluss in Bezug auf die oben erwähnte Hautaffektion gezogen werden darf, scheint dem Verf. selbst nicht erwiesen.

Strassmann (Berlin).

15. **F. Günsburg.** Zur Kenntnis der transitorischen Amaurose bei Bleiintoxikation.

(Archiv für Augenheilkunde Bd. XX. p. 255.)

Fall von 24 Stunden anhaltender Amaurose nach Bleivergiftung. Puls hart, linker Ventrikel hypertrophisch, Urin enthält Eiweiß, Spuren von Blei, hyaline

Cylinder, verfettete Epithel- und farblose Blutzellen. Verf. deutet den Fall als urämische Amaurose, die nur indirekt mit der Bleiintoxikation zusammenhänge, in so fern letztere das Nierenleiden verschulde. **Weinbaum** (Marburg).

16. **Semmola.** Zur Therapie der chronischen Bleivergiftung.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 37. p. 585.)

Auf dem internationalen Kongress für Therapie zu Paris empfahl S. die Anwendung des konstanten Stromes, den er zur Heilung des Saturnismus seit 12 Jahren anwendet: einen Pol auf den Nacken, den anderen auf die Wirbelsäule, allmähliche Ausdehnung der galvanischen Behandlung von 10 Minuten bis zu einer halben Stunde. Alle Symptome, selbst schwere Muskellähmungen in Folge der Bleiintoxikation, gehen zurück. Schon nach der ersten Sitzung soll Blei im Harn nachzuweisen sein; es soll diese Methode daher durch Anregung der Bleiausscheidung wirksam sein; bei ausgesprochenen Gehirnleiden ist auch diese Behandlungsart machtlos. **Prior** (Köln).

17. **Semmola.** Über die antiseptischen Eigenschaften des Schwefels.

(Internationaler Kongress für Therapie und Materia medica in Paris.)

(Wiener med. Blätter 1889. No. 37. p. 584.)

Gaben von 1—2 g, nach dem Beispiele Bouchard's, als Darmantisepticum per os verabreicht, bei Magen- und Darmkatarrhen, bewirkten Verminderung der Beschwerden und Besserung des Allgemeinbefindens. Die Stuhlentleerungen verloren jeden üblen Geruch. Bei Typhus kam nur eine Verminderung der lokalen Putrescenz im Darminhalte zu Stande; es wird empfohlen, die Betttücher der Pat. einige Male des Tages mit Schwefelblüthe zu bestreuen, da die mit Schwefelblüthe durchsetzte Atmosphäre nach den Beobachtungen S.'s ebenfalls auf die Pat. wohlthätig und günstig einwirkt. **Prior** (Köln).

18. **Kogerer.** Antipyrinbehandlung des hektischen Fiebers.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 41 u. 42.)

K. hat bei mehr als 100 Phthisikern die von Pribram (Prag. med. Wchschr. 1887) vorgeschlagene Behandlung mit kleinen Antipyrindosen in Anwendung gezogen. Das Verfahren, das allerdings als ein unschädliches bezeichnet werden kann, hat aber im Ganzen eben so im Stich gelassen wie die übrigen Antipyretica bei Tuberkulose. **M. Cohn** (Berlin).

19. **Barthélemy.** Ätiologie und Behandlung der Akne.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 9.)

B. nimmt an, dass jede Acne vulgaris auf Störungen von Seiten des Magen-Darmkanales beruhe. Die äußere Veranlassung bei solchen an Dyspepsie leidenden Personen seien dann von außen kommende Keime, welche allerdings nur auf seborrhoischem Boden gedeihen könnten. Auch nimmt B. die Kontagiosität der Akne an. Gemäß seiner Auffassung über den Ursprung der Erkrankung empfiehlt Verf. denn auch in erster Linie Antisepsis des Magen-Darmkanales, gesunde Speisen, Mineralwässer und daneben die Anwendung der auch in Deutschland üblichen lokalen Mittel. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

20. **A. Meyer.** Über Faserschwund im Kleinhirn.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft.1. p. 195.)

Bei 15 dementen Geisteskranken (Paralytiker, sekundär Blödsinnige, nach Melancholie und Paranoia und 1 Idiot) konnte M. mit der Weigert'schen Methode in der Körnerschicht des Kleinhirns einen mehr oder weniger bedeutenden Schwund der markhaltigen Fasern nachweisen. Entsprechend diesem Befunde fehlten auch bei einem neugeborenen Kinde diese Fasern. In allen Fällen waren auch im Großhirn, namentlich im Vorderhirn, die Fasern mehr oder weniger geschwunden. Interstitiell encephalitische Processe ließen sich in keinem Falle nachweisen, eben so fehlten Veränderungen an den Purkinje'schen Zellen. Auch im Corpus dentatum, in 2 Fällen untersucht, wurde Faserschwund aufgefunden. Diese Unter-

suchungen M.'s bilden eine schöne Ergänzung zu dem bis jetzt nur im Großhirn bestimmt nachgewiesenen Faserschwund. **A. Cramer** (Eberswalde).

21. **O. Buss** (Bremen). Beitrag zur Ätiologie und Pathologie der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarkes.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. p. 555.)

Bei dem 50jährigen A. H., dessen Krankheit intra vitam als chronische transversale Myelitis verlief, fand sich p. m. eine ziemlich beträchtliche Anzahl stecknadelknopf- bis hirsekorngroßer grauer Degenerationsherde unregelmäßig in der weißen wie in der grauen Substanz, Großhirn, Hirnschenkel, Brücke und dem verlängerten Mark zerstreut, ganz vereinzelt auch in der grauen Hirnrinde. Viele dieser Herde zeigten in ihrer Mitte den Querschnitt eines Gefäßes, welches die mikroskopische Prüfung als Vene erwies. Im Rückenmark lag in der Region des 8. Dorsalnervenursprunges ein großer Degenerationsherd, der zu auf- und absteigender sekundärer Degeneration Veranlassung gegeben hatte. Außerdem waren in der unteren Cervikalregion sklerotische Herde zu erkennen. Die centrale Lage der in den sklerotischen Herden liegenden Venen, deren Wandung beträchtlich verdickt war und Blutpigment enthielt, führten Verf. zu der Meinung, dass von den entzündeten Venen aus die Bildung der sklerotischen Herde stattfand. Die Venenentzündung aber leitete er von Blutdissolution her, welche bei dem Pat. durch heftige Erkältung und durch Einverleibung kolossaler Mengen Aloë hervorgerufen wurde und in mehreren Anfällen von Hämoglobinurie ihren Ausdruck fand. Das Nichtvorhandensein des Intentionszitterns möchte Verf. mit dem Fehlen größerer sklerotischer Herde in der Brücke und den Hirnstielen in Zusammenhang bringen.

J. Ruhemann (Berlin).

22. **Gordinier.** A case of Sclerodactyle with diffuse Sclerodermia.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. p. 15.)

Befallen ist eine 45 Jahre alte Frau; anamnestisch ist nichts Charakteristisches zu eruiren. Die ersten Anfänge sind schon vor 20 Jahren bemerkt worden. Die Sklerodermie betrifft wesentlich das Gesicht, den Nacken und die Arme in der Weise, dass mimische Bewegungen ausgeschlossen, der Mund kaum geöffnet und die Arme nur wenig bewegt werden können. Über den ganzen Körper, auch da wo keine ausgesprochene Sklerodermie vorhanden ist, ruft jeder palpirende Druck große Schmerzempfindung hervor. Die auffallend tiefgreifenden Veränderungen an den Fingern beider Hände sind durch eine Tafel veranschaulicht. Wie in den bisher bekannten Fällen leidet auch diese Pat. ungemein unter dem Einflusse der Kälte: Winterszeit, kaltes Wasser bereiten ihr furchtbare Schmerzen und sollen auch den Process in seinem Wachsthum und seinen Veränderungen gesteigert haben. Lues der Pat. ist ausgeschlossen. Die Litteratur ist ersprießlich benutzt.

Prior (Köln).

23. **A. R. Marina** (Triest). Zur Symptomatologie der Tabes dorsalis mit besonderer Rücksicht auf Ohren, Kehl- und Schlundkopf.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Hft. 1. p. 156.)

Im Verein mit dem Ohrenarzt Morpurgo und dem Laryngologen Fano hat Verf. bei allen Tabeskranken, welche sich im Verlaufe des Jahres 1888 in der Nervenpoliklinik vorstellten, die Ohren, den Schlund- und Kehlkopf untersucht. Bei allen 40 Fällen wurden die Ohren, bei 36 der Kehlkopf untersucht. Indem wir bezüglich der 40 mitgetheilten Krankengeschichten auf das Original verweisen, wollen wir nur die Schlussfolgerungen besonders hervorheben. Von den 40 Kranken boten 29 eine Erkrankung des inneren Ohres und zwar 5 als gemischte, alle übrigen als reine Form dar und so können Gehörstörungen bei Tabes in jedem Stadium vorkommen. Welcher Art die zu Grunde liegende anatomische Veränderung ist, lässt sich ohne Obduktionsbefunde natürlich nicht entscheiden. Auch die elektrische Reaktion des Acusticus wurde geprüft und hier gelangte Verf. zur Schlussfolgerung, dass von 11 Pat. 8 eine mehr oder weniger ausgesprochene »Hyperexcitabilität« des Acusticus für elektrische Reize gezeigt haben.

Was die pharyngo-laryngealen Befunde anlangt, welche an 36 Kranken aufgenommen wurden, so erscheinen sie besonders auffallend; bei keinem der Kranken wurde ein vollständig normales Verhalten konstatirt; es bestanden Hyperästhesie oder Anästhesie des Velums, Sensibilitätsstörungen im Pharynx, Senkungen der Epiglottis, verminderte und erhöhte Reflexe, Störungen der Motilität in verschiedenster Form. Alle Befunde werden zahlenmäßig statistisch berechnet. (Ref. möchte hier zu großer Vorsicht mahnen, zumal schon bei ganz gesunden Menschen vielfach Schwankungen der Sensibilität etc. vorkommen, welche die gesammte Schlussfolgerung hinfällig erscheinen lassen. Eine kritische Beleuchtung dieser Verhältnisse, namentlich mit Rücksicht auf die vorliegende Fano'sche Untersuchung bei Tabeskranken, wird eine demnächst in Virchow's Archiv erscheinende Arbeit aus des Ref. Poliklinik der Assistent Herr Dr. Dreyfuß erbringen.)

B. Baginsky (Berlin).

24. **H. Gessler.** Über progressive Muskelatrophie.

(Medic. Korrespondenzblatt d. württemberg. ärztl. Landesvereins Bd. LIX. No. 25.)

Im Anschluss an einen genau untersuchten Fall von progressiver Muskelatrophie, bei welchem die Atrophie in der Muskulatur der Hände begann und mit Übergehung des Vorder- und Oberarmes auf den Schultergürtel übergriff und zugleich eine Neuritis ascendens im rechten Ulnaris sich entwickelte, bespricht Verf. die verschiedenen Anschauungen über das Wesen der progressiven Muskelatrophie und schließt mit den Worten: »Eine definitive Entscheidung wird erst getroffen werden können, wenn wir über gut beobachtete Fälle verfügen, in denen in den frühesten Stadien Excisionen von Muskelstückchen vorgenommen sind, in denen die intermuskulären Nerven und Nervenendigungen einer sorgfältigen Untersuchung unterzogen worden sind. Finden wir in solchen Fällen die markhaltigen Endfasern degenerirt, die Muskelfasern dagegen noch ganz oder fast ganz intakt, dann ist die neurotische Theorie sicher erwiesen, während eine gleichzeitige und gleichstarke Affektion beider Elemente sich sowohl im myopathischen als neurotischen Sinne deuten lässt. Bis dahin wird aber der Standpunkt, den der einzelne Autor einnimmt, von der individuellen Auffassung abhängen.«

A. Cramer (Eberswalde).

25. **A. Plehn.** Ein neuer Fall von Polymyositis acuta und Ausgang in Heilung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 12.)

Ein 22jähriger Mann erkrankt plötzlich mit Fieber und heftigen Schmerzen in den Beinen, die sich bis zur Unerträglichkeit steigern und durch Bewegung erhöht werden. Die Milz ist deutlich palpabel. Die gesammte Körpermuskulatur ist, abgesehen von den Gesichtsmuskeln, auch auf den leisesten Druck äußerst empfindlich. Eine besondere Empfindlichkeit der Nervenstämme auf Druck ist nicht vorhanden. Weiter röthen sich die Hände und Unterarme und sind leicht ödematös geschwellt. An Brust und Bauch treten einzelne roseolaartige Flecken auf; an den Lippen zeigt sich Herpes. Während das Roseolaexanthem bald wieder verschwindet, treten zahlreiche blassschieferblaue Flecken von ungefähr Zwanzigpfennigstückgröße an Rumpf und Oberschenkeln auf, als Ausdruck von Blutungen im Unterhautzellgewebe.

Schon nach 8 Tagen tritt Heilung unter allmählichem Nachlass der Schmerzen und Abnahme des Milztumors ein.

Es handelt sich hier um eine ganz akut einsetzende fieberhafte Krankheit mit bedeutender Milzschwellung, deren Besonderheit in heftigen, bei den geringsten Insulten bis zur Unerträglichkeit gesteigerten Schmerzen in fast dem gesammten willkürlichen Muskelapparat besteht, während neben den Schmerzen leichte Schwellung und hochgradige Erregbarkeit auf entzündliche Vorgänge in den Muskeln selbst hinweisen. Die Vermuthung, dass es sich hier vielleicht um einen Ileotyphus oder eine Trichinose gehandelt habe, kann nach dem ganzen Verlauf unbedingt von der Hand gewiesen werden. **Leubuscher** (Jena).

26. **W. B. Neftel.** 1) Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migräne. 2) Nachtrag. Über eine physiologische Behandlungsmethode einiger chronischen Neurosen und Psychosen.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft. 1. p. 117.)

Auf Grund ausgedehnter Erfahrungen und im Anschluss an seine theoretische Auffassung der Migräne (vasomotorische Neurose der Hirnrinde) hält N. bei der Migräne eine individualisirende Therapie, welche auch während der anfallsfreien Zeit eingreifen muss, für empfehlenswerth. Besondere Dienste haben ihm dabei methodisch gesteigerte Muskelthätigkeit (Spaziergang), welche von direkt günstigem Einfluss auf den Kreislauf ist, heißes Wasser, täglich mehrmals, namentlich nach dem Spaziergang, möglichst heiß (eine Tasse voll) getrunken und zum Schluss Elektricität geleistet. Die Elektricität hält er für ein sehr wichtiges Mittel, man beginnt am besten mit dem galvanischen Strom und muss die Sitzungen wochenlang fortsetzen, bevor man sich entschließt, zum faradischen Strom zu greifen; oft ist jedoch bei ein und demselben Individuum bald die eine, bald die andere Stromart von Erfolg.

Abgesehen von der Migräne hat N. auch bei anderen allgemeinen Neurosen und Psychosen diese Behandlungsmethode angewandt und neben Muskelarbeit und heißem Wasser (in der oben beschriebenen Weise genommen), deren günstigen Einfluss er wiederholt betont, namentlich auch von der Galvanisation (des Gehirns, Rückenmarks und anderer Organe) gute Erfolge gesehen. **A. Cramer** (Eberswalde).

27. **E. Heddäus.** Über Prüfung und Deutung der Pupillensymptome.

(Archiv für Augenheilkunde Bd. XX. p. 46.)

Verf. rekapitulirt seine des öftern bereits dargestellte Lehre von der Pupillenreaktion. Auch hier tritt er für die Durchführung einer straffen Terminologie ein, ohne welche eine erschöpfende und verständliche Darstellung der fraglichen Symptome unmöglich ist. Den normalen Leistungen der beiden Schenkel der Reflexbahn entsprechen die Reflexempfindlichkeit (RE) der Augen (Retinae) einerseits und die Beweglichkeit der Pupillen andererseits. Läsion der centripetalen Bahn hat zur Folge Herabsetzung der Reflexempfindlichkeit bezw. Reflextaubheit (RT). Läsion der centrifugalen Leitung verursacht Verminderung der Beweglichkeit der Pupille bezw. reflektorische Starre. Das was gemeinhin »reflektorische Pupillenstarre« genannt wird, d. h. das Ausbleiben der Verengung der Pupille nach Belichtung der Retina bei erhaltener Konvergenzreaktion, kann dreierlei sein: 1) beiderseitige Reflextaubheit, 2) beiderseitige reflektorische Starre, 3) Kombination von 1 und 2. **Weinbaum** (Marburg).

28. **A. Peters.** Über Konvergenzlähmungen.

(Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1889. p. 225.)

Der eine der beiden vom Verf. mitgetheilten Fälle betrifft einen Arbeiter, der eine Verletzung des Hinterhauptes ohne wahrnehmbare Betheiligung des Knochens erlitten hatte, der andere eine ältere Frau, in deren Anamnese sich keine Anhaltspunkte finden. Beide Male war die Fähigkeit der Mm. recti interni geschwunden, behufs Fixation in der Medianlinie genäherter Objekte Konvergenzstellung der Bulbi herbeizuführen, während die dem kontralateralen R. externus associirte Seitwärtsbewegung bequem und ausgiebig ausgeführt wurde. **Weinbaum** (Marburg).

Berichtigung. In No. 13 d. Centralbl. p. 248 ist in der Bücheranzeige von Gottstein, Krankheiten des Kehlkopfes statt: Franz Deuticke, Leipzig und Wien irrthümlich Wien, Urban und Schwarzenberg als Verlag aufgeführt worden.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 16. **Sonnabend, den 19. April.** **1890.**

Inhalt: 1. **Chantemesse** und **Widal**, 2. **Parietti**, Tetanus. — 3. **Kurlow**, Heilbarkeit der Lungentuberkulose. — 4. **Filehne**, Hämoglobinurie durch Glycerin. — 5. **F. Mendel**, Kaffeemissbrauch. — 6. **Wernicke**, Cerebrale Hemiplegie. — 7. **Juhel-Rénoy**, Injektionen bei Pleuritis. — 8. **Beverley Robinson**, Kreosot bei Phthise. — 9. **v. Mering** u. **Zuntz**, 10. **Robinson**, Chloralamid und Somnal. — 11. **M. Rosenthal**, Morphinismus und Chloralismus. — 12. **Maragliano**, Verhandlungen des Kongresses für innere Medicin in Rom. 13. **Meyer**, Spontane Herzruptur. — 14. **Martinet**, Fettdegeneration des Herzens. — 15. **Czobos**, Perkussivauskultation. — 16. **Biondi**, Leukocyten bei Leukämie. — 17. **Hunter**, Urin bei perniciöser Anämie. — 18. **Cartier**, Jodtinktur bei Erbrechen. — 19. **v. Hösslin**, Psychische Erkrankungen bei chronischer Nephritis. — 20. **Brucke**, Idiopathische gangränöse Stomatitis. — 21. **Schäfer**, 22. **Dutil**, Railway-spine. — 23. **Strümpell**, Akute Encephalitis. — 24. **Stolte**, Kleinhirntumoren. — 25. **Clarke**, Suspension bei Tabes. — 26. **Strümpell**, Multiple Neuritis. — 27. **Kottenbiller**, Rubidium-Ammonium-Bromid. — 28. **Schwarz**, Wirkung des konstanten Stromes auf das normale Auge. — 29. **Pick**, Sehnervenatrophie nach Hämatemesis. — 30. **Collischorm**, Vergiftung mit salpetrigsaurem Natron.

1. **Chantemesse** et **Widal**. Recherches sur l'étiologie du tétanos.

(Bullet. méd. 1889. No. 74.)

Interessante Versuche haben die Verff. betreffs der Ätiologie des Tetanus angestellt. Sie impften mehrere Kaninchen mit dem Staub, welcher den Wänden, Bett- und Fenstervorhängen, Metallstangen der Betten und Matratzen, so wie den Furchen im Fußboden in der Nähe der Betten in einem Saale entnommen war, in welchem mehrfach Fälle von Tetanus vorgekommen waren. Nur jedoch die Impfungen, welche mit dem Fußbodenstaub vorgenommen, waren noch nach Wochen erfolgreich; der Tetanus trat in 3 bis 5 Tagen auf und endigte in 3 Tagen tödlich. Die Impfungen mit dem Staube von allen anderen Gegenständen blieben ergebnislos. Auch bei einer Maus, welcher unter die Rückenhaut Theilchen von einer Auskrat-

zung des Uterus einer 12 Tage nach der Entbindung an Tetanus verstorbenen Frau eingeimpft wurden, traten die typischen Erscheinungen des Tetanus auf. Die Wunde bei den Versuchsthieren war mit einem dunkelbraunen Schorf bedeckt, unter dem sich eine geringe Menge übelriechender, seropurulenter Flüssigkeit befand. Nur die Impfungen mit dieser Flüssigkeit oder Theilen vom Rande der Wunde hatten Erfolg, Impfungen mit inneren Organtheilen blieben erfolglos. Wurde die Affektion der Reihe nach auf mehrere Thiere weiter verimpft, so wurde die Incubationsdauer länger, die Wunde weniger riechend, bei der 4.—5. Folge blieb die Impfung steril. Eiter und Serum der Wunden der erfolgreich geimpften Thiere enthielten unter vielen anderen Bakterienarten auch die von Nicolaier gefundenen Tetanusbacillen, welche nach einem besonderen Verfahren (cf. Original) den Verff. rein zu züchten gelang. Jedoch misslangen Impfversuche mit Reinkulturen dieser Mikroorganismen bei mehreren Thierarten. Wahrscheinlich hat durch die verschiedenen Manipulationen (Kultur auf verschiedenen Nährböden etc.) der Bacillus seine Giftigkeit, nicht seine Entwicklungsfähigkeit, verloren. Mit dieser Hypothese stimmen die bisher im Verlaufe von Tetanusepidemien beobachteten Erscheinungen, so wie die Unmöglichkeit, in weiteren Folgen von Thier zu Thier die Kulturen zu verimpfen, überein; ferner auch eine von C. und W. beobachtete Erscheinung, dass der Fußbodenstaub, welcher stark giftig gewesen war, nachdem er zerrieben und 3 Tage lang unter einer Glocke dem Licht und der Temperatur des Laboratoriums ausgesetzt war, vollkommen unschädlich wurde. **G. Meyer** (Berlin).

---

2. **E. Parietti.** Sull' immunità verso il virus tetanico conferita sperimentalmente ai cani.

(Riforma méd. 1889. No. 202.)

Es gelang dem Verf. — vor Bekanntwerden gleichlautender Erfahrungen Tizzoni's und Giuseppina Cattani's — im Gegensatz zu allen früheren Forschern, Arloing und Tripier, Schulz, Billroth, Nicolaier, Rosenbach, Brieger, welche den Hund gegen Tetanus immun fanden, den Impftetanus bei Hunden hervorzurufen und zwar mit den anaeroben Kulturen, in denen nur zwei Mikrobenarten sich finden, der specifische Pilz Nicolaier's und ein Stäbchen, welches höchst wahrscheinlich mit dem Clostrydium foetidum des Liborius identisch ist. Das Impfmaterial, aus dem durch die Bacillen verflüssigten Serum bestehend, wurde stets der mikroskopischen und experimentellen Kontrolle an Ratten, Kaninchen und Meerschweinchen unterworfen.

Die große Refraktärkraft des Hundes gegen das Tetanusgift trat immerhin dadurch zu Tage, dass große Mengen des Impfmaterials nöthig waren; 1,5 und 2 ccm. In den meisten Fällen reichte die Widerstandsfähigkeit des Thieres aus, um auch aus solchen Quan-

titäten nur einen »lokalen Tetanus« hervorgehen zu lassen, wie P. der Kürze halber eine auf umschriebene, der Impfstelle benachbarte Körperstelle beschränkte tetanische Wirkung nennt. Überschritt man die vom Thier in diesen Grenzen bewältigte Giftmenge, so trat das klinische Bild des allgemeinen tödlichen Tetanus hervor mit allen den beim Impftetanus Nicolaier's beobachteten Zügen, dasselbe Bild, wie es an empfänglichen Thieren von jedem Experimentator gesehen wird. Hunde, welche die lokale Giftwirkung des Tetanusbacillus überstanden haben, können ungeschädigt weit größere Gaben des Giftmaterials als vordem ertragen. Die also geschaffene Immunität bleibt nicht lokal, sondern verbreitet sich auch auf andere Provinzen des Körpers. **G. Sticker** (Köln).

---

3. **Kurlow.** Über die Heilbarkeit der Lungentuberkulose.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 5 u. 6.)

25 Versuche des Verf. sollen Aufschluss geben über das Vorkommen und die Infektiosität der Tuberkelbacillen in alten schwieligen, käsigen und verkalkten Herden derLungenspitzen. Mit dem Material von 2 einfachen schwieligen Verdickungen wurden 6 Thiere mit negativem Erfolg geimpft, mit demjenigen von 4 narbigen Verdickungen mit vollständig verkalkten Knoten ebenfalls mit negativem Erfolg 7 Thiere. Dagegen starben 20 Thiere von 26, die mit käsig-kalkiger Substanz aus Spitzenverdickungen von 12 verschiedenen Fällen, und 11 Thiere von 14, welche mit käsig-kalkigen, von frischen Miliartuberkeln umgebenen Knoten inficirt worden waren. Es bringt also jeder kleinste Rest persistirender Käsesubstanz dem Träger die Gefahr der Autoinfektion; aber auch völlig abgekapselte, sogar theilweise verkalkte Knoten sind nicht unschädlich, sobald eben ein minimaler käsiger Bestandtheil noch mit eingeschlossen ist. Als vollständig geheilt dürfen nur rein narbige Schwielen oder ganz und gar verkalkte Knoten gelten. Dass K. in 20 käsig-kalkigen Knoten nur 14mal Tuberkelbacillen durch Färbung nachweisen konnte, spricht für die Überlegenheit des Impfverfahrens. **P. Ernst** (Heidelberg).

---

4. **Filehne.** Wesshalb erzeugt intravenöse Einbringung von Glycerin weniger sicher Hämoglobinurie als subkutane?

(Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie Bd. CXVII. Hft. 2.)

Das bereits von Schwahn beobachtete, aber nicht völlig aufgeklärte Faktum, dass die Hämoglobinurie, welche sich nach Luchsinger auf subkutane Injektion von Glycerin stets einstellt, bei intravenöser Injektion ausbleibt, erklärt F. folgendermaßen: »Jedes rothe Blutkörperchen, welches mit Glycerinlösung (40 Vol. %) in Diffusionsverkehr tritt, schrumpft, verliert Wasser und die darin gelösten Salze; kehrt ein derartig verändertes Blutkörperchen in normales Blut oder Serum zurück, so quillt es über die normale Größe hinaus auf, und bei dieser Gelegenheit diffundirt der Blutfarbstoff in

das normale Serum hinein.« Bei subkutaner Injektion sind die zwei Bedingungen: 1) Diffusion gegen Glycerin und 2) Rückkehr in normales Blut, stets erfüllt, während bei intravenöser Glycerininjektion die rothen Blutkörperchen zwar in Diffusion zu Glycerin treten, aber kein Lösungsmittel später finden; durch besondere kunstreiche Versuchsanordnung konnte F. auch dann durch intravenöse Glycerininjektion Hämoglobinurie erzeugen, wenn eine abgesperrte Blutmenge, nachdem sie der Glycerineinwirkung ausgesetzt gewesen war, wieder in die Cirkulation eintreten gelassen wurde.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

5. **F. Mendel.** Die schädlichen Folgen des chronischen Kaffeemissbrauches.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Verf. hat in seinem Wirkungskreise, Essen a. d. R., die Überzeugung gewonnen, dass das Koffein auch in der Form des üblichen Aufgusses, längere Zeit im Übermaß genossen, ein charakteristisches Krankheitsbild mit einem ganz bestimmten Symptomenkomplex hervorzurufen im Stande ist. Der Symptomenkomplex, welchen der chronische Kaffeemissbrauch im menschlichen Körper hervorruft, äußert sich in Störungen im Centralnervensystem, in schädlichen Rückwirkungen auf das Muskel- und Cirkulationssystem. Dem entsprechend beobachtete Verf. allgemeines Schwächegefühl, Unlust zur Arbeit, deprimirte Gemüthsstimmung, nervöse Erschöpfung, cerebrale Neurasthenie. Die Einwirkung auf die Muskulatur zeigte sich in einer beträchtlichen Herabsetzung der motorischen Kraft, die sich besonders bei körperlich anstrengenden Arbeiten bemerkbar machte; dazu gesellte sich Tremor der Hände. Weiterhin zeigte sich der Puls klein, beschleunigt, unregelmäßig, der Herzstoß schwach; Angstgefühle, Herzpalpitationen traten auf. Auch im Digestionsapparat machten sich Störungen bemerkbar, wie Hämorrhoidalaffektionen, hartnäckige Verstopfung, nervöse Dyspepsie.

Als zweckentsprechende Therapie empfiehlt Verf. die vollständige Enthaltung des Kaffeegenusses, Vermeidung jeder anstrengenden Arbeit, Ruhe und gute Ernährung. Prophylaktisch sei dem übermäßigen Genusse des Kaffees entgegenzutreten; direkt zu verbieten sei derselbe bei allen lang dauernden, mit Fieber einhergehenden Erkrankungen, wie Typhus, Tuberkulose, chronische Pyämie, bei den chronischen Krankheiten des Rückenmarkes und Gehirns, bei Störungen des Cirkulationsapparates und bei allen auf mangelnder Blutbildung beruhenden Erkrankungen. **Peiper** (Greifswald).

---

6. **C. Wernicke.** Zur Kenntnis der cerebralen Hemiplegie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 45.)

W. lehrt uns bisher nicht beachtete oder in ihrem Werth nicht erkannte klinische Zeichen der Hemiplegie kennen. Entsprechend

dem wohlbekannten Verhalten des Facialis, dass nämlich die Lähmung gewöhnlich den Orbitaltheil des Facialis nicht befällt, lässt sich auch im Armgebiet, in den Fasern des Nerv. accessor. Will. eine ähnliche Erscheinung beobachten. Auch dieser Nerv theilt sich in 2 Äste, wovon der eine den Kopfnicker, der andere den Cucullaris versorgt.

Regelmäßig bleibt nun der Ast für den Sternocleidomastoideus von der Lähmung verschont, während der für den Cucullaris gelähmt wird. Letztere Lähmung verräth sich in der Ruhelage durch das Herabhängen der gelähmten Schulter.

Die Lähmung im Beingebiet, gewöhnlich weder eine absolute noch eine dauernde, bietet auch einige charakteristische Eigenthümlichkeiten, welche es erklärlich machen, dass selbst in schweren Fällen noch ein Gehen möglich ist.

Bei solchen Kranken lässt sich in Rückenlage feststellen, dass die aktive Erhebung des gestreckten Beines, wenn auch schwach, doch bis zu einer gewissen Höhe noch ausführbar ist, dass die Dorsalflexion des Fußgelenkes fast oder vollständig aufgehoben ist und dass die Plantarflexion noch mit einer großen Kraft ausgeführt werden kann.

In der Bauchlage ferner erweisen sich die Beuger des Kniegelenkes als fast oder vollkommen gelähmt, während die Strecker eine sehr bedeutende oder annähernd normale Kraft zeigen. Es ist also bei der Hemiplegie gerade die Muskulatur, welche für die Lokomotion besonders wichtig ist, am wenigsten betroffen. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

7. Juhel-Rénoy. Les lavages intra-pleuraux dans les pleurésies séro-fibrineuses.

(Bullet. méd. 1889. No. 79.)

Der Verf. befolgt in den letzten Jahren folgendes Verfahren für die Behandlung der serösen Pleuritis: Beträgt der Erguss mehr als 500 g, so wird stets die Thorakocentese ausgeführt und hierauf mindestens die Hälfte, niemals aber die Gesammtmenge des Exsudates ganz langsam entleert; sobald der Pat. hustet, wird mit der Entleerung inne gehalten. Die Menge der herausbeförderten Flüssigkeit wird sorgfältig bestimmt und dann ein etwa 100 g weniger als diese betragendes Quantum einer 1%igen Zinkchlorürlösung, die vorher gekocht und dann auf 35° abgekühlt ist, ebenfalls ganz langsam in die Pleurahöhle injicirt. Während der 10 Minuten, welche die Einspritzung in Anspruch nimmt, ist der Druck im Pleuraraum kein zu hoher und daher keine Lungenkompression zu befürchten. In 21 Fällen, welche Verf. in dieser Weise behandelte, beobachtete er niemals irgend welche bedrohlichen Zufälle. Nur 3mal war während der Injektion ein so beträchtlicher Schmerz vorhanden, dass Morphiumeinspritzungen nothwendig waren; jedoch waren diese Pat.

sehr nervös, ferner betrug die Stärke der Zinklösung mehr als 1, sogar bis 5%. Seitdem nur 1%ige Lösungen zur Injektion benutzt wurden, hörten auch die Klagen über Schmerzen auf. Die 1%igen Lösungen erfüllen ihren Zweck vollkommen, jedoch ist es nicht rathsam, Solutionen von geringerem Procentgehalt zu benutzen. Nach 10—15 Minuten wird die Flüssigkeit wieder entfernt; sie sieht dann milchig, selbst eitrig durch die Fällung der Eiweißstoffe im Erguss durch das Zinkchlorür aus. Besteht hierauf ausnahmsweise noch Schmerz, so wird derselbe durch eine Morphiuminjektion beschwichtigt. Wird die Methode im Anfang der Erkrankung bei noch bestehendem Fieber angewendet, so fällt dasselbe nach einem geringen Ansteigen. In 7 Fällen des Verf. war der Erguss 3 Tage nach der Operation vollständig verschwunden. Bei den anderen Kranken, bei denen dieselbe in der Fieberperiode angewendet war, erfolgte spätestens am 15. Tage Heilung, also immer noch früher, als sonst eine Pleuritis beendet ist. Das genannte Verfahren wird daher als ungefährlich, fast schmerzlos, bequem etc. für die Therapie der serösen Pleuritis dringend vom Verf. empfohlen.

G. Meyer (Berlin).

---

8. **Beverley Robinson.** Creosote as a remedy in phthisis pulmonalis.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. Vol. I.)

Die Grundlage bildet die Beobachtung an etwa 160 Pat., welche zum Theil länger als 2 Jahre in Behandlung standen; zum Theil ist die Ausdehnung und der Verlauf der Erkrankung näher beschrieben. Kreosot kam zur Anwendung entweder einfach in den bekannten Verhältnissen per os verabreicht oder zu gleicher Zeit in der Form von Inhalationen mit der Maske. R. ist mit den günstigen Erfolgen Guttmann's und Sommerbrodt's übereinstimmend: er findet, dass das Kreosot den Husten mildert und vermindert, dass es bisweilen den Auswurf gänzlich beseitigt, die Athembeschwerden stets mildert, den Appetit hebt, die Ernährung fördert und die Nachtschweiße zum Verschwinden bringt, dass es keinen Anlass zu Hämoptoe giebt und bei nicht zu großen Dosen selten den Magen-Darmkanal belästigt; dass der lang durchgeführte Gebrauch des Kreosot auch den lokalen Sitz der Lungentuberkulose heilend beeinflusst. In den Initialstadien der Phthise zeigt das Kreosot sehr gute Erfolge, aber auch in den vorgeschrittenen Krankheitsformen bringt es Vortheile, so dass R. das Kreosot für das beste Medikament hält, welches zur Zeit die Lungentuberkulose bekämpfen kann.

Prior (Köln).

---

9. **v. Mering** und **Zuntz.** Die Wirkung des Chloralamid auf Kreislauf und Athmung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. December.)

10. **Robinson.** Zur klinischen Würdigung des Chloralamids und des Somnals.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 49.)

Die beiden ersten Verff. bemühen sich, die auf experimentelle Untersuchungen gestüzte Behauptung Langgaard's, dass Chloralamid den Blutdruck in bedenklicher Weise herabsetze, zu entkräften. Nachdem sie mehrere Arbeiten anderer Autoren erwähnt haben, die ihre Ansicht unterstützen, führen sie selbst die Resultate eigener Experimente an. Langgaard habe mit dem neuen Härtle'schen Gummimanometer gearbeitet und dabei nicht Kontrollversuche mit sicher den Blutdruck herabsetzenden Mitteln, vor Allem mit dem Chloralhydrat unternommen. Dies wäre jedoch erforderlich gewesen, zumal auch der physische Schlaf eine gewisse Herabsetzung des Blutdrucks bewirkt. Die Verff. selbst sind bei dem alten Quecksilbermanometer geblieben, dessen Resultate ohne Weiteres mit denen früherer Autoren verglichen werden konnten. Sie kommen zu dem Schlusse, dass im Allgemeinen das Chloralamid den Blutdruck weit weniger (selbst in etwas höheren Dosen), herabsetzt als Chloralhydrat. Es darf jedoch nicht verschwiegen werden, dass in einem Falle eine starke Herabsetzung beobachtet wurde. Die Verff. glauben aber, dass gerade nur Kaninchen zuweilen etwas empfindlich gegen das Mittel sind.

Die von Langgaard behauptete Schädigung des Athemcentrums durch Chloralamid (Abnahme der Athemgröße beim Kaninchen) erklären v. M. und Z. allein als eine Herabsetzung des Athemreizes wie dieselbe sich stets auch im Schlafe findet durch Herabsetzung der Bildung der Kohlensäure und der Stoffwechselprodukte, welche das Centrum reizen. —

Zahlreiche und eingehende Versuche hat R. unter anerkennenswerther Objektivität mit beiden Hypnoticis im städtischen Krankenhause zu Berlin (Prof. Fürbringer) vorgenommen. Die Resultate sind keineswegs günstige zu nennen.

Zunächst hat unter den 120 Einzelversuchen bei 50 Pat. das Somnal in 44%, das Chloralamid in 46% der Fälle gänzlich versagt. Ihre Wirkung ist im Übrigen eine recht unsichere gewesen. Ferner erfüllten beide Mittel gleich mangelhaft das billige Verlangen nach festem Schlaf; beide beeinflussten besonders wenig die durch Schmerzen hervorgerufene Agrypnie. Dann scheinen Somnal wie Chloralamid aber auch ganz erheblich unangenehme Nebenwirkungen zu besitzen. So war z. B. der Digestionstractus öfter in unangenehmer Weise beeinflusst; über Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerz, Appetitlosigkeit und Unbehagen im Leibe wurde bei beiden Mitteln häufig geklagt. Chloralamid bewirkte ferner

nach R. (entsprechend den Untersuchungen von Langgaard) eine bedenkliche Beeinträchtigung der Herzthätigkeit und der Cirkulation und es ist bei Herzleidenden und Schwerkranken mit geschwächter Herzthätigkeit vor seiner Awendung zu warnen. Somnal scheint frei von diesem Fehler zu sein. Chloralamid erzeugt ferner in einzelnen Fällen statt Schlaf erhebliche Aufregungszustände. Endlich wurde bei beiden Medikamenten oft Störung des Allgemeinbefindens, Schwindel, Mattigkeit, Kopfschmerz beobachtet. Sie wurden meist in Dosen von 2 g verabfolgt. Der niedrige Preis und der erträgliche Geschmack derselben dürfte kaum im Verein mit den nicht bedeutenden Vortheilen im Stande sein, die Nachtheile beider Medikamente zu überwiegen.

Rosin (Breslau).

---

11. **M. Rosenthal** (Wien). Zur Behandlung des Morphinismus und Chloralismus.

(Wiener med. Presse 1889. No. 37.)

Bei Morphinisten hat R. in frischem Sperma ganz dünne, kurze unbewegliche Samenfäden gefunden. Es handelte sich also um eine toxische Azoospermie und kann diese nach Aussetzen des Morphiums weichen. Diese Beobachtung benutzte R. zur psychischen Einwirkung auf seine Pat., die sich in Hinblick auf diese Störungen ihrer Geschlechtssphäre leichter und williger der Abstinenz unterzogen.

Als medikamentöses Substituens kam das Codeïn. muriat. zur Verwendung. Im Beginne der Entziehungskur war 0,02—0,03 Cod. mur. mit 2,0—3,0 Natr. bromat. bei Elimination einer Abendinjektion verabfolgt; später wird diese Codeïndosis bei stetiger Reduktion des Morphins 3—4mal in 24 Stunden gegeben. Eine Morphindosis von 0,01 entspricht einer Codeïndosis von 0,025—0,03. Codeïn bewirkt Schlaf ohne Betäubung, hat keine üblen Nebenwirkungen.

Kranke mit Chloralismus (15—20,0 pro die) litten besonders an Gelenkschmerzen, Neigung zu Diarrhoe, Dyspnoe mit Präkordialangst, Asphyxie, Geistesschwäche, Tremor, Störungen der sensiblen und motorischen Funktionen. Bei Entziehung des Chlorals erwies sich besonders die Cannabis indica, als Extrakt verabfolgt (1,0 Cannab. mit Extr. Rhei und Aloes aquos. zu 50 Pillen; davon je nach Bedarf 3—10 Pillen pro Tag) günstig wirkend. Diese letztere Methode leistet auch gute Dienste bei chronischer Opiumsucht.

Leubuscher (Jena).

---

12. **Maragliano.** Lavori dei congressi di medicina interna.

Primo congresso tenuto in Roma nell' ottobre 1888. Edit. Vallardi.

Die im Jahre 1889 veröffentlichten Verhandlungen des römischen Kongresses für innere Medicin vom Jahre 1888 geben ein anziehendes Bild des regen wissenschaftlichen Lebens in der italienischen Medicin. Es können dieselben hier nur in den Hauptpunkten skizzirt werden. Auf der einen Seite kamen dieselben Fragen, die auch bei uns in den letzten Jahren im Vordergrunde stehen, zu ausführ-

licher und vielseitiger Besprechung; auf der anderen Seite handelt es sich um Krankheiten, deren Entstehung und Bekämpfung für uns weniger aktuell ist, trotzdem aber allgemein wissenschaftlich interessiren muss. Schließlich findet sich manches kasuistisch Werthvolle.

Von den Tagesfragen, die zur Erörterung standen, sei die innere und chirurgische Behandlung der Phthisis, so wie Ursache und Behandlung der Pneumonie erwähnt. Bezüglich der Ätiologie der letzteren wird dem Fraenkel'schen Diplococcus die ihm gebührende Bedeutung zugestanden. (Bozzolo fand ihn in 8 von 12 Fällen, während er den Friedländer'schen Pneumobacillus stets vermisste.) Dass die epidemiologische Bedeutung des Pneumoniecoccus weit über die Pneumonie hinausgeht, illustrirt eine Beobachtung von Serafini; derselbe sah eine kleine Epidemie, bei der außer der Pneumonie auch Fälle von primärer akuter fibrino-purulenter Pleuritis und von cerebro-spinaler Meningitis auf den Pneumoniecoccus zurückzuführen waren (exakter Nachweis!). Bezüglich der Therapie der Lungenentzündung trat die Behandlung der Herzschwäche in den Vordergrund. M. ließ durch seine Schüler Sciolla und Trovati den Nachweis führen, dass das während des pneumonischen Fiebers entnommene Blut im Gegensatz zu dem Blut der Rekonvalescenz auf das Schildkrötenherz giftig wirkt, und schlug zur Minderung dieser giftigen Wirkung die individualisirende Wiederaufnahme des Aderlasses vor, womit er allerdings in der Versammlung auf ziemlich lebhaften Widerspruch stieß. Locatello fand, dass das Blutserum von Pneumonikern, auch wenn das Fieber künstlich aufgehoben war — im Gegensatz zu dem Blut aus der Rekonvalescenz — für den Streptococcus pyog., den Pneumoniecoccus und einige andere Bakterien einen schlechten Nährboden bildet. Im Übrigen kamen in der Debatte dieselben Fragen zum Austrag, die bei uns zur Diskussion stehen (exspektative Behandlung, Bäder, Alkohol in großen Dosen etc.).

Bei der Behandlung der Herzkrankheiten erwärmte man sich nicht für die Örtel'sche Kur, die für einseitig gehalten wurde.

Über den Werth der Antipyrese war auch in Rom die Meinung getheilt. Murri und M. waren für Bekämpfung des Fiebers, Cantani schob die Bekämpfung der Ursache des Fiebers — die freilich nicht immer möglich — in den Vordergrund.

Sehr fesselnd ist die Verhandlung über den Diabetes, für welche Cantani das Referat hatte. Doch können wir hier nur auf das Original verweisen. Das Gleiche müssen wir bezüglich der Verhandlung über den Hypnotismus thun.

Auch bei uns sollte die Anwendung des Thymols beim Typhus versucht werden. Testi hat die Wirkung desselben an mehr als 150 Typhuskranken, welche freilich, wenn nöthig, auch hydrotherapeutisch behandelt wurden, sehr gründlich erprobt. Das Thymol setzt in einer Gabe von 1 g beim Erwachsenen die Temperatur um 2,5° und mehr ohne jede Nebenerscheinung herunter; es wurde bei 2stündlicher Temperaturmessung 0,5—1,0 g, zuweilen auch 1,5 g nach Bedürfnis gegeben und neben der antifebrilen Wirkung eine sehr günstige Beeinflussung aller Darmerscheinungen (durch exakt nachgewiesene Beschränkung der Darmfäulnis) festgestellt.

Auch bei Entozoën ist das Thymol sehr empfehlenswerth. Sonsino wandte es bei einem 18jährigen Mädchen, welches an Anämie durch Anchylostomiasis litt, mit gutem Erfolg an. Auf 4 g Thymol (2tündlich 1 g, hiernach einen Schluck schweren Weines) gingen am 1. Tag 130 Anchylostomen ab; die Kur wurde mit im Ganzen 22 g in 15 Tagen zu Ende geführt.

Natürlich ist Ursache und Behandlung der Malaria das Thema zahlreicher Mittheilungen. Marchiafava gab einen kurzen Überblick über die unseren Lesern bekannte parasitäre Entstehung derselben, gegen die Mosso und M. nichts Neues vorbringen konnten.

Verkleinerung chronischer Milztumoren erstrebte Feletti durch wiederholte einfache Acupunktur, während Fazio in die Milz (so lange sie nicht amyloid degenerirt ist) mit gutem Erfolge unter Ätherspray und guter Fixirung in Zwischenräumen von ein und mehr Tagen Chininbisulfat einspritzt. Hingegen

behauptet Cimbali, dass Chinin- und Ergotininjektionen nur bei kongestiver Milzvergrößerung von Nutzen sind.

Kaum bekannt scheint bei uns die unter dem Bilde einer Febris ictero-haemorrhagica verlaufende Chininintoxikation zu sein, welche Tomaselli in Fortsetzung früherer Studien ausführlich schildert. Bei Individuen, welche durch Malaria geschwächt sind, tritt auf Grund einer besonderen, oft erblichen Disposition 1—6 Stunden nach Aufnahme von selbst kleinen Dosen irgend welcher Chininpräparate unter bedrohlichen Erscheinungen Schüttelfrost auf, an den sich eine Temperatursteigerung bis zu 42° anschließt. Gleichzeitig stellen sich galliges Erbrechen, Diarrhoen und häufige Entleerung von blutigem Urin ein; es schließt sich Salivation, Präcordialangst, Dyspnoe und Ikterus an. Der Anfall endet nach 24—48 Stunden plötzlich oder allmählich und wird nur von dem Ikterus einige Tage überdauert. Die Rekonvalescenz ist langsam. Bei fortgesetzter Chininintoxikation kann der Tod durch Herzparalyse oder durch Urämie herbeigeführt werden. Das Blut erleidet während des Anfalles eine rapide Dissolution (vgl. Original); der Urin enthält Epithelzellen, Cylinder, Detritus, mehr oder weniger zerstörte Blutkörperchen, freies Hämoglobin, Albumen. Die Differentialdiagnose zwischen dem durch das Chinin und dem durch die Malaria selbst hervorgerufenen Anfall, der unter Umständen ganz ähnlich verläuft, hier zu begründen, würde zu weit führen.

Schließlich sei noch kurz auf Vorträge über folgende Themata aufmerksam gemacht: über systolische Exspiration; über Auskultation der bei Einführung der Magensonde im Ösophagus und Magen zu beobachtenden Geräusche; über Behandlung des Leberechinococcus durch Punktion und Injektion von 1‰ Sublimat. Patella gab 2 Fälle von Weil'scher Krankheit und demonstrirte das Gehirn eines an Pneumonie gestorbenen Mädchens mit Chorea minor; es fanden sich multiple subcorticale Herde in der Gegend der Rolandi'schen Furche, die als Erweichungsherde nach Embolien anzusprechen waren und deren Sitz der Lokalisation der Chorea entsprach. Baccelli beschreibt eingehend einen Fall von Polymyositis, Picchini berichtet von akuter primärer pseudo-membranöser Bronchitis bei 2 Arbeitern, bei der als Ursache Inhalation von eingetrocknetem Latrineninhalt zu beschuldigen war. Cardarelli theilt eine Splenektomie bei einem an Pseudoleukämie leidenden Knaben mit; in der entfernten Milz fanden sich dem Typhusbacillus ähnliche Bakterien; das Kind befand sich 2 Monate nach der Operation auf dem Wege dauernd fortschreitender Besserung.

Weniger wichtige Vorträge müssen in dieser kurzen Übersicht über jenen fruchtbaren Kongress übergangen werden. **H. Neumann** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

13. **Meyer.** Zur Kenntnis der spontanen Herzruptur. (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

Inaug.-Diss., München, 1888.

Verf. berichtet über 9 im Münchener pathologischen Institute zur Sektion gekommene Fälle von spontaner Herzruptur, von denen 2 während der Krankheit ärztlich beobachtete besonderes Interesse bieten. Verf. hat dann mit großem Fleiß die in der Litteratur vorhandenen analogen Fälle gesammelt und schließt diesem Bericht eine Besprechung der interessanten pathologischen Erscheinung an.

Zunächst ist bezüglich der Ätiologie der spontanen Herzruptur zu bemerken, dass eine solche nur bei Veränderung des Herzfleisches zu Stande kommen kann; excessiv gesteigerter Blutdruk allein vermag gesunde Herzwände nicht zu sprengen. Für die Veränderung der Struktur des Herzmuskels kommen zunächst Neubildungen in Betracht; daran schließen sich Ulcerationen, vom Endo- oder Pericard ausgehend, und Herzabscesse. Diese Vorgänge gehören aber zu den seltenen; die große Masse

der Herzrupturen ist auf fibröse Entartung des Herzmuskels zurückzuführen, die allmählich zur aneurysmatischen Ausbuchtung und dann zur Ruptur führt. Die Fettmetamorphose des Herzmuskels, der früher eine große Bedeutung beigemessen wurde, will Verf. nur für eine kleine Anzahl von Fällen gelten lassen. Schließlich ist noch zu erwähnen, dass auch gelegentlich die Syphilis zur Spontanruptur des Herzens führen kann.

Was die Häufigkeit der spontanen Herzruptur anlangt, so kommt etwa auf 40 plötzliche Todesfälle einer in Folge von Ruptur. Ein Überwiegen des männlichen Geschlechts ist dabei deutlich hervortretend, was wohl mit der größeren Häufigkeit der atheromatösen Erkrankung der Gefäßwände bei männlichen Individuen zusammenhängt. Aus demselben Grunde werden auch die Rupturen am häufigsten im Greisenalter beobachtet.

Der linke Ventrikel ist am meisten durch Spontanzerreißung gefährdet, nächst ihm der rechte Ventrikel, ungleich seltener sind Rupturen der Vorhöfe, am seltensten ist die des linken Atriums; eine Prädilektionsstelle ist die Spitze des linken Ventrikels. Verf. bespricht sodann die Größe der Kontinuitätstrennung, die nur für eine Sonde passirbar sein, aber auch von der Basis zur Spitze des Ventrikels reichen kann. Dem zeitlichen Verlauf nach zerfallen die Fälle von Herzruptur in 2 Gruppen: solche wo der Riss plötzlich entsteht, bei denen dann auch sofortiger Tod eintritt, und solche, wo das Blut sich allmählich den Weg durch das Herzfleisch bahnt und dem Tode charakteristische Erscheinungen (intensive Präcordialangst, Schmerzen in der linken Thoraxhälfte, Ohnmachtsgefühl) vorangehen.

Schließlich erwähnt Verf. noch, dass dem Blutdruck beim Zustandekommen der Herzruptur nur die Rolle einer Gelegenheitsursache zukommen kann und dass Spontanheilungen perforirender Risse nicht vorkommen, während die Heilung unvollständiger Rupturen beobachtet ist. **M. Cohn** (Berlin).

14. **Martinet.** Über Fettdegeneration des Herzmuskels. Eine ätiologische und statistische Untersuchung.

Inaug.-Diss., München, 1888.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, an einer fortlaufenden Untersuchungsreihe von 100 mikroskopisch untersuchten Herzen, die Pat., welche an den verschiedensten Krankheiten verstorben waren, entnommen sind, zu ermitteln, in welchem Procentsatze die verschiedenen Grade der fettigen Degeneration des Herzmuskels vorkommen. Bevor aber M. zur Angabe seiner Untersuchungsresultate übergeht giebt er eine ausführliche Ätiologie der verschiedenen Formen der Fettdegeneration des Herzens auf Grund fleißigen Studiums der vorliegenden Litteratur.

Er unterscheidet folgende Grade der fettigen Degeneration:

a) Geringgradige fettige Degeneration: die Querstreifung ist vollständig erhalten, es finden sich nur wenige Fetttropfen und Fettkörnchen vor.

b) Mäßige fettige Degeneration: die Querstreifung ist nur zum Theil noch sichtbar, die Längsstreifung deutlich, die Fetttröpfchen lassen noch Zwischenräume unter sich.

c) Hochgradige fettige Degeneration: Quer- und Längsstreifung verschwunden, die Muskelfibrillen sind vollständig erfüllt von Fetttropfen, welche dicht gedrängt an einander liegen.

M. fand fettige Degeneration überhaupt nur in 29% aller Fälle und zwar:

hochgradige in 4%,
mäßige in 6%,
geringgradige in 19%. **M. Cohn** (Berlin).

15. **Czobos.** Perkussivauskultation.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 47.)

Zur Diagnostik der Lungenspitzenaffektionen empfiehlt C. das Ohr an die Scapula anzulegen und inzwischen mit dem Zeigefinger und Mittelfinger derart zu perkutiren, dass ersterer auf die Clavicula herabschnellt. Der so entstehende Ton

ändert sein Timbre bei der In- und Exspiration, je nachdem die Alveolen lufthaltig oder luftleer sind. Über gesundem Lungengewebe ist der Ton eigenthümlich klingend, über luftleeren oder nur partiell luftleeren Lungen hört man einen eigenthümlich dumpfen Ton. **Seifert** (Würzburg).

16. **D. Biondi.** Studio sui corpuscoli bianchi di un leucemico.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 13.)

Verf. beschreibt und bildet eine Reihe von Formen der weißen Blutkörperchen eines typischen Falles von Leukämie ab, die ihn zu der Annahme führen, dass die weißen Blutkörperchen sich durch einen der indirekten Fragmentirung Arnold's analogen Process vermehren. (Ref. hat in Übereinstimmung mit Denys, dessen Arbeit vom Verf. nicht berücksichtigt wird, gewichtige Bedenken gegen die Aufstellung dieses Theilungsmodus.) Eine Neubildung der Leukocyten durch Mitose hat Verf. weder im leukämischen Blute, noch bei Froschlarven, beim Salamander, Axolotl, Hund, Kaninchen und Meerschweinchen, eben so wenig wie Ref., mit Sicherheit konstatiren können. Da B. aber die indirekte Fragmentirung als den Ausdruck einer Zellenneubildung, wie Arnold, ansieht, so kann er auch der Anschauung des Ref. nicht zustimmen, dass bei der Leukämie nicht vermehrte Neubildung, sondern verminderter Zerfall der weißen Blutkörperchen besteht.

Löwit (Innsbruck).

17. **Hunter.** Observations on the urine in pernicious anaemia.

(Practitioner 1889. September, November, December.)

Die von H. bei Fällen von perniciöser Anämie angestellten Urinuntersuchungen ergaben folgende Resultate:

1) Anwesenheit von pathologischem Urobilin in großen Quantitäten — herrührend wohl theilweise von Gallenpigmenten im Intestinaltractus, theilweise von anderen Produkten der Zerstörung des Hämoglobins, die sich bei der Autopsie in reichlicher Menge in Leber, Milz und Nieren fanden.

2) Anwesenheit von Blutpigment.

3) Eine stets wachsende Ausscheidung von Eisen.

Die Menge dieser Ausscheidungen wechselt oft und zwar ziemlich konform dem Befinden der Pat.: bei größerer Schwäche waren die Ausscheidungen stärker. H. macht dann auf den diagnostischen Werth dieses Urinbefundes aufmerksam, der ein erheblicher ist, weil er zu irgend einer Zeit während des Verlaufes der Erkrankung stets erhoben werden kann. **M. Cohn** (Berlin).

18. **Cartier.** Action de la teinture d'iode contre le vomissement.

(Union méd. 1889. No. 148.)

Verf. hat bei 19 Personen, welche an Erbrechen litten, welches aus verschiedenen Ursachen auftrat, recht günstigen Erfolg von der Verordnung von Tinct. jodi gesehen:

Rp.: Tinct. jodi gtt. X
Aq. 125,0.
S.: In 3 Portionen unmittelbar nach der Mahlzeit zu nehmen.

Bei einigen Kranken traten danach geringe Erscheinungen von Jodismus (Choryza) auf; andere Symptome, wie Akne, vorübergehende Albuminurie, Abmagerung, wurden nicht beobachtet. Nach Einnahme von 20 Tropfen des Mittels war das Jod mit den gewöhnlichen Verfahren am nächsten Morgen im Urin nachweisbar; bei 10 Tropfen erschien die Jodreaktion im Harn noch nicht. Ganz besonders ist die Tinct. jodi beim Erbrechen der Phthisiker zu empfehlen; ferner gegen das Erbrechen bei alkoholischer Gastritis, in der Schwangerschaft, Hysterie etc. zu versuchen, wenn alle anderen gebräuchlichen Mittel, Milch, Potio Riveri, Cocain, Opium, Eis, Chloroform, Äther etc. im Stiche gelassen haben.

G. Meyer (Berlin).

19. v. Hösslin. Über psychische Erkrankungen bei chronischer Nephritis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Es ist eine bekannte, nicht schwer verständliche Thatsache, dass im Gefolge der Nephritis gleichzeitig mit Marasmus und Anämie auch eine Alteration der Psyche eintritt. Es kommt aber auch vor, dass im Verlaufe einer chronischen Nephritis bei vollständig ungestörtem Allgemeinbefinden plötzlich und unerwartet ein Anfall psychischer Alteration sich einstellt und bald wieder vorübergeht. Diese Anfälle hat man analog den an Stelle von epileptischen Anfällen auftretenden epileptoiden Zuständen als Äquivalente eines urämischen Anfalles anzusprechen. Verf. theilt einen hierher gehörigen Fall mit: Ein 46jähriger Kranker, der seit längerer Zeit nierenleidend ist und mehrmals im Laufe der letzten 2—3 Jahre leichte Schlaganfälle mit zurückbleibender Parese einer Körperhälfte gehabt hatte, erkrankte plötzlich an einer dem paralytischen Größenwahn ähnlichen Geistesstörung, die nach ca. 4 Wochen abgelaufen war. Nach $^3/_4$ Jahren starb Pat. in einem plötzlich auftretenden, 2 Tage andauernden Anfall von Bewusstlosigkeit. Ref. schließt sich der Ansicht des Verf., dass vorübergehende psychische Störungen als Äquivalente eines urämischen Anfalles auftreten können, vollständig an, hält aber den mitgetheilten Fall für nicht geeignet, da die Möglichkeit, dass es sich um progressive Paralyse handelte, keineswegs auszuschließen ist (Sektionsbefund, der auch insbesondere wegen Fehlens der Patellarreflexe sehr von Wichtigkeit gewesen wäre, fehlt leider). **K. Alt** (Halle a/S.).

20. Brucke. Über idiopathische gangränöse Stomatitis.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Von idiopathischer Mundgangrän sind bisher in der Litteratur 7 Fälle bei Männern und 3 bei Frauen beschrieben. B. vermehrt diese durch Mittheilung folgenden elften Falles, welcher von Sonnenburg beobachtet und operirt wurde. Ein 32jähriges weibliches, gesundes Individuum hat im Jahre 1880 ein gesundes, noch lebendes Kind geboren. Frühere Krankheiten nicht bekannt. Im Herbst 1888 Gelenkrheumatismus mit Fieber, dessen Exacerbationen nicht mit der Affektion neuer Gelenke zusammenhingen, und welches nicht den gebräuchlichen Mitteln wich. Die Erkrankung hatte sehr lange Dauer, hörte endlich allmählich auf. In der Rekonvalescenz, angeblich nach Genuss verdorbener Würste, Brechdurchfall. November 1888 entstand hinter den oberen Schneidezähnen eine bläuliche Blase, die aufging und ein schmieriges Geschwür hinterließ, welches zwei Drittel des harten Gaumens einnahm. Zähne schienen etwas gelockert; bei Druck entleert sich aus der Ulceration stinkende Jauche, dabei hohes Fieber. Trotz mehrmaligen Ausbrennens des Geschwürs mit dem Paquelin breitete sich dasselbe unter Fieber immer weiter aus, bis die ganze Mundhöhle ergriffen war. Gleichzeitig trat noch Schmerz und Anschwellung im linken Kniegelenk auf. Auch Ätzung mit 10%iger Chlorzinklösung blieb erfolglos und unter den Erscheinungen der Sepsis ging die Pat. zu Grunde. Die Obduktion ergab den bei septischer Infektion gewöhnlichen Befund. **G. Meyer** (Berlin).

21. B. Schäfer. Zur Lehre von »Railway-spine«.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43.)

Verf. theilt einen von ihm beobachteten Fall von Railway-spine mit, der nur durch eine kolossale psychische Einwirkung (Angst vor einem Eisenbahnzusammenstoß) bei einem Zugführer hervorgerufen wurde, dessen klinische Symptome den Sitz der Krankheit lediglich im Großhirn erkennen lassen. Die daran anknüpfenden Deduktionen bieten nichts wesentlich Neues. **K. Alt** (Halle a/S.).

22. Dutil. Hystérie et neurasthénie associées (Railway-spine et névrose traumatique).

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 48 u. 49.)

Verf. vertheidigt die von Charcot aufgestellte Meinung, dass die Erscheinungen, welche bei Railway-spine vorkommen, und welche in Deutschland als beson-

dere Erkrankungsform, als traumatische Neurose beschrieben werden, zur Hysterie und Neurasthenie gehören. Er schildert die Krankengeschichten von 3 Pat., von denen der erste nach einem Eisenbahnunfall, die beiden anderen nach Überanstrengung ganz analoge Symptome darboten, ohne dass also in den beiden letzten Fällen ein Trauma das veranlassende Moment der Erkrankung gewesen wäre. Die vorhandenen Symptome lassen sich alle zwanglos als hystero-neurasthenische erklären, und es ist für ihr Zustandekommen nicht immer ein nervöser Shock nothwendig. Dass bei solchen Pat. nicht immer eine erblich nervöse Anlage vorhanden ist und dass in diesen Fällen eine bisher latente Prädisposition durch das Trauma erregt werden soll, ist noch kein Grund, diese Kranken als von einer neuen, von der Hysterie verschiedenen, Krankheit ergriffen anzusehen. Denn sehr oft ist es unmöglich, eine genaue Anamnese eines Falles zu erheben; ferner sieht man häufig z. B. Tabiker etc., bei welchen die Vorgeschichte weder Heredität, noch Syphilis, Alkoholmissbrauch etc. ergiebt.

Zum Schluss bespricht D. die neuerdings von Brouardel geltend gemachte Ansicht, dass die nervösen Störungen bei Personen, die ein Trauma erlitten, die Folge einer Ernährungsstörung sind, welche die Bildung von Ptomainen bedinge und zu einer Autointoxikation führe. Die Frage der »toxischen Hysterie« kann erst nach Veröffentlichung weiterer Beobachtungen näher erörtert werden.

G. Meyer (Berlin).

23. **Strümpell.** Über primäre akute Encephalitis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Während das Vorkommen umschriebener primär chronisch entzündlicher Processe im Gehirn noch fraglich erscheint, ist das Vorkommen akuter Entzündungen der Gehirnsubstanz unzweifelhaft festgestellt. Und zwar giebt es außer der primären eitrigen Encephalitis, die zuweilen zu Zeiten epidemischer Cerebrospinalmeningitis beobachtet wird und die wohl füglich als durch direkte Einwanderung der Mikroorganismen in die Gehirnsubstanz hervorgerufen anzusprechen ist, auch nicht eitrige Formen, deren eine als Polioencephalitis im Gebiete der Augennervenkerne zuerst von Wernicke beschrieben worden ist. Eine zweite, klinisch genau symptomatisirte Form ist die akute Encephalitis der Kinder, welche der akuten Poliomyelitis — der spinalen Kinderlähmung — entspricht und welche gleich dieser mit allgemein fieberhaften Krankheitserscheinungen einhergeht.

Verf. ist weit davon entfernt, alle bei Kindern vorkommende Hemiplegien auf Encephalitis zu beziehen; er schlägt vor, den Namen »cerebrale Kinderlähmung« nur für die durch Encephalitis bedingte Form zu gebrauchen.

Verf. hatte Gelegenheit, auch bei Erwachsenen eine echte akute primäre Encephalitis zu beobachten und zwar bei zwei Männern, die beide akut mit den schwersten Gehirnerscheinungen erkrankten, bewusstlos und mit hohem Fieber zur Klinik gebracht wurden, eine Hemiplegie hatten und nach wenigen Tagen zum Exitus und zur Sektion kamen. Statt der vermutheten embolischen Erweichung resp. Gehirnblutung fand man in beiden Fällen hauptsächlich in der weißen Substanz des Centrum semiovale mehrfache große encephalitische Herde. Zweifelsohne muss man in derartigen Fällen an infektiöse Einflüsse denken, wenn auch der specifische Erreger nicht gefunden ist; möglicherweise hängen sie zuweilen mit der juvenilen Encephalitis zusammen.

K. Alt (Halle a/S.).

24. **Stolte.** Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Kleinhirntumoren.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Verf. beschreibt zwei Fälle von Tumoren im Kleinhirn, welche intra vitam aus den bestehenden Erscheinungen diagnosticirt und post mortem bei der Sektion auch gefunden wurden. Beide Fälle betrafen Männer, einen im Alter von 55 und einen von 39 Jahren. Bei dem ersten, Tumor in der rechten Kleinhirnhälfte, hatte die Krankheit mit Schwäche in den Beinen begonnen, welche sich so steigerte, dass Pat. beim Gehen hin- und hertaumelte; die Beine waren nicht gelähmt. Dann

heftige Schmerzen im Hinterkopf, Schwindelanfälle, Verringerung der Sehkraft bis zur vollständigen Amaurose, zeitweiliges Erbrechen. Komplicirend waren vorhanden Sprachstörungen, Schlingbeschwerden, Parese des rechten Armes und Beines mit geringer Steifigkeit in den Gelenken und ataktischen Störungen, Beschränkung der Beweglichkeit des Auges, Facialisparese und Stauungspapille. Im zweiten Falle waren die für Kleinhirngeschwülste bezeichnenden Erscheinungen ebenfalls vorhanden, daneben jedoch bestanden noch andere: Fortwährendes, rhythmisches Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfes, Zittern des Gaumensegels, Kopfwackeln, Zittern und Wackeln des linken Armes und Beines, welches besonders gegen Ende einer ausgeführten Bewegung auftrat, jedoch auch in der Ruhe bestand. Hier hatte der Tumor im Kleinhirn, wie das Mikroskop bestätigte, die Wurzeln des Vagus und Accessorius durch Druck atrophisch gemacht, wodurch die rhythmischen Kontraktionen der Kehlkopf- und Gaumenmuskulatur ihre Erklärung fanden. **G. Meyer** (Berlin).

25. **Clarke.** On the treatment of locomotor ataxy by suspension.

(Practitioner 1889. November.)

C. hat die Suspensionsmethode bei 14 Tabetikern in Anwendung gezogen und während 7 Monaten mit diesen 540 Suspensionen ausgeführt. Seine Resultate stimmen im Wesentlichen mit denen der meisten nüchternen Beobachter, deren Angaben in diesem Blatte nun schon oftmals referirt worden sind, überein. Es gelingt in gewissen Fällen einige unangenehme Symptome zeitweise zu beseitigen. Vorsicht bei der Anwendung der Methode ist durchaus geboten, die von Raoult angegebenen Kontraindikationen (Progrès méd. 1889 Juni) sind zu berücksichtigen. **M. Cohn** (Berlin).

26. **A. Strümpell** (Erlangen). Multiple Neuritis mit doppelseitiger Facialislähmung und Ataxie der unteren Extremitäten.

(Neurologisches Centralblatt 1889. No. 21.)

Das Interesse des Falles liegt zunächst in dem wahrscheinlich bestehenden Zusammenhang der multiplen, bei einem 26jährigen Kaufmann auftretenden Neuritis, mit einer durch Fliegenstich verursachten septischen Unterhautzellgewebsentzündung. Ferner ist die Paralyse der beiden Faciales mit kompleter Entartungsreaktion der Gesichtsmuskeln bemerkenswerth. Sodann ist das Auftreten von Ataxie, welche in hohem Maße die Beine betraf und in ca. 2—3 Wochen schwand, bei primärer Neuritis sehr selten und scheint durch Erkrankung der Koordination dienender centripetaler Fasern bedingt zu sein. Ob der in dem vorliegenden Falle konstatirte geringe Zuckergehalt in ätiologischer Beziehung zu der Neuritis gestanden hat, will Verf. nicht entscheiden. **J. Ruhemann** (Berlin).

27. **Kottenbiller.** Zur Heilwirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 47.)

Die Versuche mit dem genannten Mittel an 5 Epileptikern ergaben, dass es ein wirksames Antiepilepticum darstellt, indem es in 6,0 pro die günstig wirkt, indem es die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen verlängert. 6,0 pro die wirken energischer als gleiche Dosen von Bromkalium. Eine Dauerwirkung besitzt das Mittel nicht, beim Aussetzen der wirksamen Dosen erreichen die Paroxysmen wieder ihre frühere Häufigkeit. **Seifert** (Würzburg).

28. **O. Schwarz.** Über die Wirkung des konstanten Stromes auf das normale Auge.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft. 2. p. 588.)

Verf. fand, dass der konstante Strom eine direkte Wirkung auf die Netzhaut ausübt. Es werden elektrotonische Veränderungen in peripherisch von der Nervenfaserschicht gelegenen Elementen, wahrscheinlich insbesondere den Zapfenfasern erzeugt. Diese Elemente kommen in Katelektrotonus, wenn der Strom von den Ganglienzellen zu den Zapfen gerichtet ist, in Anelektrotonus bei umgekehrter Stromesrichtung. Eintritt in Katelektrotonus erzeugt eine bei nicht zu schwachen

Strömen von einer »kurzwelligen Farbe« begleitete vorübergehende Lichtempfindung. Eintritt in den Anelektrotonus bewirkt Herabsetzung der Erregbarkeit oder vielleicht Erregung einer Dunkelempfindung. Der konstante Strom lässt einen länger dauernden Folgezustand im Auge zurück, der sich in einer Erhöhung der Empfindlichkeit für objektives Licht verschiedener Qualität mindestens in der Peripherie der Netzhaut kund giebt. **Weinbaum** (Marburg).

29. **Pick.** Kasuistischer Beitrag zur einseitigen Atrophie des Sehnerven nach Hämatemesis.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Bei einem 22jährigen Manne, welcher als Knabe eine Verletzung des rechten Auges erlitten, die vorübergehende Herabsetzung der Sehfähigkeit bewirkt hatte, trat nach 3maligem ziemlich reichlichem Blutbrechen eine Verminderung der Sehschärfe des linken Auges bei Verschluss des rechten ein. Der Pat. erhielt Eisen und Strychnininjektionen, wodurch schließlich sich Vergrößerung des Gesichtsfeldes und Besserung der Sehfähigkeit einstellte. Im Bereich des Nervensystems fanden sich außer leichter Abneigung der Zunge nach rechts und geringem Tremor der Füße, bei intendirten Bewegungen keine Störungen (Patellarreflexe vorhanden, keine Ataxie etc.). Wahrscheinlich war also in diesem Falle die Sehstörung durch die örtliche Anämie bedingt und die Erkrankung peripherischer Natur, denn mit Restitution der Blutmasse schwand die fast vollkommene Amaurose, ferner war die Sehnervenatrophie linksseitig und die Strychnininjektionen hatten verhältnismäßig günstigen Erfolg. **G. Meyer** (Berlin).

30. **Collischorm.** Zwei Fälle von Vergiftung mit salpetrigsaurem Natrium.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 41. p. 844.)

In Folge einer Verwechselung mit Natrium nitricum wurde zwei Pat. Natrium nitrosum verabreicht in der Dosis 5,0 : 150,0, stündlich einen Esslöffel voll. Bei dem ersten Pat. traten Durchfälle ein mit leichter Ohnmacht, bitteres Aufstoßen, sehr belegte Zunge, leichte Cyanose, auf der Brust ein der Roseola syphilitica ähnliches Exanthem; der Urin enthielt Spuren von Eiweiß; in der Nacht folgten reichliche Durchfälle mit Ohnmachtsanwandlungen. Bis zum Abend dieses Tages wurde 2,5 Natrum nitrosum verbraucht. Am folgenden Tage, während dessen Verlauf 3,0 verabreicht wurden, tritt eine intensive Cyanose, besonders der Mundhöhle, der Zunge und des Rachens auf; das Exanthem wurde deutlicher, zumal auf den Oberschenkeln und dem Abdomen. Der Urin, dunkelgelb, enthielt reichlich Urate. An dem darauf folgenden Tage, an welchem 2,5 g zur Aufnahme kamen, wurde die Cyanose geringer und das Befinden besser, das Exanthem über den ganzen Körper verbreitet, mit Ausnahme des Gesichtes, den Masern ähnlich. An den folgenden Tagen wurde bei kleinerer Dosis das Syptomenbild undeutlicher und nach Aussetzen des Arzneimittels verschwanden rasch die Cyanose und die Beschwerden. Der 2. Pat. bot die Cyanose, den Durchfall, die Ohnmachtserscheinungen in erhöhter Weise dar, so dass ein wirklicher Collaps vorlag. Große Quantitäten starken Kaffees und Aussetzen des Medikamentes schafften bald Besserung und Beseitigung der Vergiftung.

Beide Fälle zeigten also zunächst die Symptome der akuten Gastroenteritis, dann diejenigen der Methaemoglobinbildung; auffallend ist das Fehlen einer Nierenstörung entsprechend den Folgen der Nitrobenzolvergiftung; das Salz wird wohl sehr rasch durch die Nieren wieder ausgeschieden und durch Erbrechen wie Durchfälle entleert; so erklärt sich, wesshalb die gefahrdrohenden Symptome so rasch verschwinden. **Prior** (Köln).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 17. **Sonnabend, den 26. April.** **1890.**

Inhalt: 1. **Werther,** Milchsäurebildung und Glykogenverbrauch im Muskel. — 2. **Hoegyes,** Rabiesimpfung. — 3. **Hirschberger,** Milch tuberkulöser Kühe. — 4. **Scalji,** Antiseptische Wirkung des Sublimat. — 5. **Linden,** Einfluss der Atmosphäre auf Entstehung von Rose und Lungenentzündung. — 6. **Falkson,** Isatropylcocain. — 7. **Linossier,** Kohlenoxydvergiftung. — 8. **Mossé** und **Banal,** Harn bei Paralysis agitans. — 9. **Rählmann,** Ophthalmoskopischer Befund bei Arteriosklerose. — 10. **Stern,** Diabetes mellitus bei Kindern. — 11. **R. Heymann,** Epithel und Drüsen des Kehlkopfes. — 12. **Landgraf,** Rachen- und Kehlkopferkrankungen bei Typhus. — 13. **Fenwick,** Cystoskopie. — 14. **Du Castel,** Behandlung der Epididymitis gon.

15. **Algot Key-Aberg,** Sklerose der Kranzarterien und Tod. — 16. **Osler,** Pleuritis pulsans. — 17. **Crounse,** Perforirendes Magengeschwür. — 18. **Nathanson,** Fettleber bei Phosphorvergiftung. — 19. **G. Klemperer,** Magenerweiterung durch Pankreaskrebs. — 20. **Demme,** Tympanitis im Kindesalter. — 21. **Demme,** Vereiterung der Thymus. — 22. **Demme,** Hämoglobinämie nach Verbrennung. — 23. **Fischer,** Rheumatische Abducenslähmung. — 24. **Steinthal,** Traumatische Neurosen. — 25. **Herzog,** Infektiosität der Neurosen. — 26. **Adamük,** Tabes dorsualis. — 27. **Haushalter** und **Adam,** Suspension bei Nervenkrankheiten. — 28. **Robbers,** Hysterisches Zittern. — 29. **Siemerling,** Seelenblindheit. — 30. **Juffinger,** Narbiger Verschluss des Larynx, endolaryngeal operirt. — 31. **Du Mesnil** und **Marx,** Impetigo herpetiformis. — 32. **Maréchaux,** Antifebrinvergiftung.

X. Internationaler medicinischer Kongress. Berlin 1890.

1. **M. Werther.** Über die Milchsäurebildung und den Glykogenverbrauch im quergestreiften Muskel bei der Thätigkeit und bei der Todtenstarre.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. Hft. 1 u. 2. p. 63.)

Folgende beiden Fragen sucht Verf. zu beantworten: 1) ist die im thätigen und im erstarrenden Muskel entstehende Säure Milchsäure? und 2) nimmt der Glykogengehalt des Muskels in der Todtenstarre ab?

Zur Beantwortung der ersten Frage wurden bis zur Ermüdung tetanisirte Froschmuskeln bezüglich der in ihnen gebildeten Säure

mit solchen verglichen, die durch Erwärmung auf 40° schnell todtenstarr gemacht worden waren. Die Muskeln wurden mit siedendem Wasser extrahirt, das Extrakt eingedampft, mit Alkohol ausgezogen, nach Entfettung und Ansäuerung mit Phosphorsäure mit Äther geschüttelt. Das ätherische Extrakt wurde nach Abdestillirung des Äthers mit Wasser aufgenommen und aus dieser Lösung das Zinksalz, das Kalksalz und Kupfersalz dargestellt. Die Prüfung des Krystallwassergehaltes ergab, dass es sich in der That bei beiden, bei den todtenstarren wie bei den durch Thätigkeit erschöpften Muskeln um die Bildung von Milchsäure handelt.

Einen weiteren Beweis für die Bildung von Milchsäure bei der Muskelthätigkeit liefert die Beobachtung von Marcuse, dass beim Frosch nach Muskelthätigkeit Milchsäure in den Harn übergeht. Diese Angabe ist allerdings von Nebelthau bestritten worden, doch, wie W. glaubt, mit Unrecht. Es gelang ihm, auch aus größeren Harnmengen, die von strychninisirten, zum Theil zuvor entleberten Fröschen gewonnen waren, Milchsäure darzustellen, deren Verhalten mit dem der aus den Muskeln erhaltenen übereinstimmte. Dass Nebelthau andere Ergebnisse bekommen hat, liegt nach W. daran, dass derselbe Winterfrösche benutzte.

Weiter wurde von W. der Glykogengehalt des todtenstarren Muskels untersucht. Die Glykogenbestimmung geschah nach Zerkochen des Muskelbreies mit Kalilauge (Külz). Die starr gemachte Muskulatur wurde mit frischer verglichen. Es stellte sich heraus, dass in Froschmuskeln die Glykogenmenge bei der Starre um etwa 50% abnimmt. Noch beträchtlicher erwies sich die Abnahme beim Warmblüter (Kaninchen, Katze). Gegenüber Böhm betont W., dass der Versuch auch bei absoluter Ausschließung der Fäulnis dasselbe Ergebnis liefert. Der todtenstarre Muskel verhält sich also auch in Bezug auf das Glykogen dem thätigen analog: er bildet nicht nur wie dieser Milchsäure, sondern es verringert sich auch sein Glykogenvorrath.

Bezüglich der theoretischen Folgerungen schließt W. sich im Ganzen den Ausführungen von Marcuse an.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **Hoegyes.** Vaccination contre la rage avant et après l'infection.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 9.)

H. erkannte als Grund für seine und v. Frisch's Misserfolge bei der Schutzimpfung gegen Hundswuth nach der Pasteur'schen Methode die verschiedene Größe der benutzten Kaninchen; die Abschwächuug der Virulenz durch Eintrocknen des Rückenmarks musste bei den großen französischen Thieren anders als bei den meist kleinen Thieren in Pest und Wien ausfallen. Um sich von diesen Zufälligkeiten unabhängig zu machen, verwendete er zur Schutzimpfung nicht mehr in abnehmender Stärke ein getrocknetes Mark, sondern

frisches Mark in steigender Menge und untersuchte nach dieser Methode die Wirkung der Vaccination unter den verschiedensten Bedingungen. Als zuverlässig erwies sich die Schutzimpfung nur nach primärer Infektion des Versuchshundes durch Biss oder subkutane Einspritzung, ein Resultat, das in Hinsicht auf die therapeutische Verwendung der modificirten Pasteur'schen Methode durchaus zufriedenstellend ist.

H. Neumann (Berlin).

---

3. **K. Hirschberger.** Experimentelle Beiträge zur Infektiosität der Milch tuberkulöser Kühe.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 5 u. 6.)

In 20 Fällen wurde die Milch perlsüchtiger Kühe verimpft. Nur 1mal gelang der mikroskopische Nachweis von Tuberkelbacillen in der Milch und in dem einen Falle war auch das Euter erkrankt. Impftuberkulose aber wurde in 11 Fällen erzielt. Dass die Impfung ein feineres Reagens auf Tuberkelbacillen ist als Färbung, wird durch die Annahme verständlich, dass die Bacillen entweder nur sehr spärlich, oder dass durch Färbung nicht nachweisbare Sporen in der infektiösen Milch vorhanden gewesen sein müssen. Mit der Milch von 5 Fällen hochgradiger Tuberkulose (Tuberkulose fast sämmtlicher Organe) wurden in 80% Impftuberkulosen erzeugt (4 positive, 1 negatives Resultat), von 6 Fällen mittleren Grades 66% (4 positive, 2 negative Resultate), von 9 Fällen geringen Grades 33% (3 positive und 6 negative Resultate). Auf den Ernährungszustand der Kühe darf man nicht allzuviel geben. Von 4 sehr schlecht ernährten Kühen gaben alle infektiöse Milch; von 7 mittelmäßig ernährten wurde in 3 Fällen, von 7 sehr gut ernährten Kühen ebenfalls in 3 Fällen die Milch für infektiös befunden.

Das Desiderat, es dürfe ungekochte Milch nur von nachweisbar gesunden Kühen genossen werden, ist nicht zu erfüllen, weil Perlsucht oft genug latent ist. Wenn man bedenkt, dass 5% aller Kühe perlsüchtig sind, dass selbst hochgradig erkrankte Thiere häufig 1 Liter Milch noch täglich geben, wird man die drohende Infektionsgefahr durch Milch nicht zu gering anschlagen.

P. Ernst (Heidelberg).

---

4. **Scalji.** Action antiseptique du sublimé corrosif à doses minimes.

(Bullet. méd. 1889. No. 78.)

Die antiseptische Wirksamkeit kleiner Mengen von Sublimat wird durch erhöhte Temperatur verstärkt; das Mittel verliert dabei seine kaustischen und toxischen Eigenschaften. Sublimatlösungen von Promillegehalt, von selbst nur 1 : 20000, welche bei gewöhnlicher Temperatur Fäulnis im Urin, Fleischsaft und Milch nur einige Tage lang hinderten, bewirkten, wenn die betreffenden Mischungen einer Temperatur von 40—50° C. ausgesetzt wurden, dass dieselben sich

1 Monat lang frisch erhielten. Sogar Lösungen, welche nur 1 : 50 000 und 100 000 Sublimat enthielten, ergaben dasselbe Resultat, während bei gewöhnlicher Temperatur von 15—25° C. stets Fäulnis in den Untersuchungsflüssigkeiten entstand. Auch Kulturversuche stellte Verf. an, und zwar in der Weise, dass auf Nährgelatine und Rinderblutserum geimpfte Erysipelkokken mit Sublimatlösungen von 1 : 50 000 und 100 000 vermischt, zum Theil in gewöhnlicher Temperatur belassen, zum Theil auf 40° C. erhitzt wurden. Während bei den ersteren Versuchen sich stets Kulturen entwickelten, blieben die Röhrchen bei den letzteren vollkommen steril. Wurden die über 30° C. erwärmten Gefäße dann in gewöhnlicher Temperatur gelassen, so blieb die Sporenentwicklung aus. Die erhöhte Temperatur vermehrt also nicht nur während der Dauer ihrer Einwirkung die antiseptische Kraft, sondern verleiht durch die Zerstörung der Sporen der erwärmten Substanz dauernde desinficirende Stärke. Durch Kontrollversuche wurde übrigens festgestellt, dass nicht die erhöhte Temperatur von 40° C. allein die sterilisirende Wirkung äußerte, da in erwärmten Gefäßen ohne Sublimatzusatz sich reichlich Gährungspilze entwickelten.

Klinisch wurde das Sublimat in geringen Dosen erwärmt auf 40—45° C., zu chirurgischen und geburtshilflichen Zwecken mit sehr gutem Erfolge verwendet, indem örtliche Reiz- und schädliche Allgemeinerscheinungen vollkommen ausblieben, welche sich sonst bei Gebrauch stärkerer Dosen von Sublimat zeigen. Verf. empfiehlt das erwärmte Sublimat in kleinen Dosen zur Auswaschung der Pleurahöhle bei eitriger Pleuritis nach Entleerung des Inhaltes zu versuchen; vielleicht lässt sich dadurch in solchen Fällen die Estlander'sche Operation vermeiden. Das Verhältnis, in welchem Verf. das erwärmte Sublimat klinisch benutzte, ist leider nicht in der Arbeit angegeben, sondern nur von »doses minimes« die Rede.

G. Meyer (Berlin).

---

5. **K. E. Linden.** Über den Einfluss der atmosphärischen Verhältnisse auf die Entstehung der Rose, der Lungenentzündung und der Katarrhe.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 5 u. 6.)

An der Hand eines reichen Materials über die Frequenz der Rose, der Lungenentzündungen und der Bronchitiden in den Städten Stockholm und Helsingfors während eines 8jährigen Zeitraumes hat Verf. die Frage zu lösen versucht, ob meteorologische Verhältnisse von Einfluss auf die Entstehung obiger Krankheiten sind. Als Resultat dieser Untersuchungen geht hervor, dass die größte Zahl der Erkrankungen an Rose an beiden Orten im Winter, die kleinste im Sommer, von den Lungenentzündungen die größte Anzahl im Frühling und Winter, die kleinste in Stockholm im Sommer, in Helsingfors im Herbst vorgekommen ist. Von den katarrhalischen Erkran-

kungen fiel die größte Anzahl in Stockholm auf den Winter und Frühling, in Helsingfors auf den Frühling und danach auf den Winter, die kleinste Anzahl für beide Orte auf den Sommer. Der Frühling in Helsingfors wies, im Vergleich mit Stockholm, proportionsweise mehr Pneumonien und Katarrhe auf, die übrigen Jahreszeiten weniger.

Es zeigte sich des Weiteren, dass atmosphärische Verhältnisse einen entschiedenen Einfluss auf die Entstehung der Rose, der Lungenentzündung und der Katarrhe ausüben, dass sie aber nicht im gleichen Grade auf alle diese drei Krankheiten wirksam sind, sondern dass sie den größten Einfluss auf die Katarrhe, einen etwas kleineren auf die Lungenentzündungen und den kleinsten auf die Rose haben. Von Einfluss auf die Entstehung der Rose war die Temperatur, die Feuchtigkeit und Thermometer- wie Barometerschwankungen, und zwar in der Weise, dass niedrigere Temperatur, größere Feuchtigkeit und schnellerer Wechsel in der Temperatur und dem Luftdruck dieselbe befördern, größerer oder kleinerer Niederschlag mit ungleichen Graden im Luftdruck keinen bestimmten Einfluss hat. Auf die Entstehung der Pneumonien wirkten hauptsächlich die Temperatur, der Niederschlag, die Thermometer- und Barometerschwankungen ein, und zwar so, dass niedrigere Temperatur, geringerer Niederschlag und größere Veränderungen in der Temperatur und dem Luftdruck die Pneumonien befördern, größerer oder kleinerer Grad von Feuchtigkeit und ungleicher Luftdruck dagegen keinen bestimmten Einfluss ausüben. Auf die Entstehung der Katarrhe wirkten alle angeführten atmosphärischen Einflüsse ein, so dass niedrige Temperatur den größten, unbedeutender Niederschlag, größere Feuchtigkeit und schnellere Veränderungen in der Temperatur und im Luftdruck einen ungefähr gleich großen, höhere Barometergrade den kleinsten Einfluss zeigten.

Die Frequenz der angeführten Krankheiten wurde nicht nur von einem, sondern von mehreren zusammenwirkenden atmosphärischen Verhältnissen beeinflusst; bei höheren Graden und größeren Schwankungen war auch die Anzahl der Krankheiten größer als bei entgegengesetztem Verhältnis. Dieselben Umstände, die in Stockholm eine Vermehrung oder Verminderung in der Frequenz dieser Krankheiten herbeigeführt hatten, machten sich auch in Helsingfors in fast demselben Grade geltend.

Es geht demnach aus vorliegender Arbeit hervor, dass atmosphärische Verhältnisse von Einfluss auf die Entstehung der angeführten Krankheiten sind; in welcher Weise dieselben für die Vermehrung und Ausbreitung der Mikroorganismen bald günstig, bald ungünstig einwirken bleibt zunächst noch eine offene Frage.

Peiper (Greifswald).

6. **Falkson.** Zur physiologischen Wirkung des Isatropylcocains.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Auf Veranlassung von Liebreich hat Verf. mit dem von Liebermann zuerst isolirten Isatropylcocain experimentelle Untersuchungen angestellt. Er fand, dass dasselbe bei Kaltblütern intensiv verlangsamend auf die Herzthätigkeit wirkt; das Herz bleibt in Diastole stehen.

Bei Warmblütern wirkt es auf das Centralnervensystem. Es tritt Parese erst der hinteren, dann der vorderen Extremitäten ein. Ferner allgemeine Konvulsionen; die Herzaktion wird unregelmäßig.

Kleine Dosen (0,05 pro Kilo) führen zuerst bei geringer Herabsetzung des Blutdruckes zu einer mäßigen Erhöhung der Pulsfrequenz. Der Puls ist im Stadium der Beschleunigung meist unregelmäßig, aussetzend. Auf das Stadium der Beschleunigung folgt ein vorübergehendes Stadium der Verlangsamung; dabei sinkt der Blutdruck.

Bei größeren Dosen (0,1 pro Kilo und darüber) ist das Stadium der Beschleunigung kürzer, die Beschleunigung größer, der Blutdruck tiefer. In dem darauf folgenden Stadium der Verlangsamung findet ein stetiges Sinken des Blutdruckes und der Pulsfrequenz bis zum Tode statt.

Werden die Nn. vagi im Stadium der Verlangsamung durchschnitten, so bleibt die Frequenz unverändert. Der Vaguskern ist also intakt. Werden die peripherischen Vagusenden mit dem Induktionsstrom gereizt, so bleibt das Herz prompt stehen. Die Hemmungsganglien im Herzen sind also intakt. Werden die Hemmungsganglien durch intravenöse Injektion von Atropin gelähmt, so hat das auf die Pulsfrequenz keinen Einfluss.

Verf. schließt seine Arbeit mit dem Wunsche, dass das von allen Verunreinigungen freie Cocainum syntheticum das Cocainum naturale verdrängen möge, da er bei der großen Ähnlichkeit der am Menschen beobachteten Vergiftungserscheinungen mit der von ihm bei Thieren erzeugten annehmen zu müssen glaubt, dass sicher bei manchen Präparaten ein Theil der Wirkung vom Isatropylcocain herrührt.

M. Cohn (Berlin).

---

7. **G. Linossier.** Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée.

(Lyon méd. 1889. No. 28.)

L. untersuchte, ob das Kohlenoxyd neben seiner bekannten Wirkung auf den Blutfarbstoff anderweitige Giftwirkungen besitze. Zu diesem Zwecke wurden Frösche zum Vergleich in reines Kohlensäuregas, Wasserstoffgas und Kohlenoxydgas gebracht. In der Kohlensäureatmosphäre erschienen die Frösche schon nach 10 Minuten leblos. Wasserstoff war ganz unschädlich, während in der Kohlen-

oxydatmosphäre die Frösche nach $3^1/_2$ Stunden dem Tode nahe waren, in der Wasserstoffatmosphäre aber noch $7^1/_2$ Stunden lebendig waren. Ferner stellte L. auch Versuche an Schnecken an, deren Blut hämoglobinfrei ist; sie lebten in reichlich Kohlenoxyd enthaltenden Gasgemischen nur 15—20 Tage, während sie in einer Gasmischung von 21 Theilen Sauerstoff und 79 Theilen Wasserstoff 60 Tage am Leben blieben.

Die Samen von Gartenkräutern keimten bei einem Kohlenoxydgehalt von 79% nur etwas langsamer als in gewöhnlicher Luft. An Hunden versuchte L. etwaige Nebenwirkungen des Kohlenoxyds außer derjenigen auf den Blutfarbstoff in der Weise zu beobachten, dass er Hunden eine gewisse Quantität Blut entzog, diese nach dem Defibriniren mit Kohlenoxyd sättigte und dem Thiere wieder in die Vene injicirte; auf diese Art wurden ca. 3 cg Kohlenoxyd dem Thier in das Blut gebracht, welche aber ganz ohne sichtbare Wirkung blieben.

Es zeigte sich somit, dass in den Versuchen an Fröschen, Schnecken und an keimenden Samen die Nebenwirkungen des Kohlenoxyds, welche von der Wirkung auf den Blutfarbstoff unabhängig waren, zwar nicht zu verkennen, aber auch nicht von besonderem Belang waren. **H. Dreser** (Straßburg i/E.).

---

8. **A. Mossé** et **Banal.** Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante.

(Revue de méd. 1889. No. 7. Juli 10.)

Während die Frage, ob im Harn der an Paralysis agitans Leidenden die Schwefelsäure vermehrt oder vermindert sei, bald im letzteren Sinne entschieden wurde, widersprechen sich die Angaben über den Inhalt solcher Urine an Phosphor auch heute noch. Verff. halten es desshalb nicht für überflüssig, über 2 fortgesetzte Urinuntersuchungen von Paralysis agitans zu berichten, deren Resultate denjenigen Gurtler's und Ewald's ähnlich sind. Kontrollversuche einmal an jugendlichen Individuen und ferner an den Paralytikern gleichalterigen Gesunden ergaben, dass die Ausscheidung des Harnstoffes und der Gesammtphosphorsäure bei den Paralytikern größer war als bei den gleichalterigen Greisen, kleiner dagegen als bei den jugendlichen Individuen. Betrachtet man die Gesammtmenge des Phosphors im Harn näher, so sieht man, dass sie repräsentirt wird theils durch phosphorsaures Alkali, theils durch phosphorsaure Erden, der letzte Theil erscheint als unvollkommen oxydirter Phosphor und stammt wahrscheinlich vom Lecithin (= Glycerin-phosphorsaures Neurin). Während nun dieser letzte Theil in Folge herabgesetzter Oxydation der organischen Substanzen (Lépine) im Urin der Greise vermehrt ist, war er in beiden Fällen des Verf. vermindert; diese Verminderung glaubt Verf. durch die Annahme erklären zu können, dass in Folge der vermehrten Muskelarbeit (Tremor etc.) bei der

Paralysis agitans die Oxydation des Posphors eine vollkommenere ist. Auch das Verhältnis der phosphorsauren Salze zu einander erlitt eine Veränderung; während sonst zwei Drittel der Gesammtphosphorsäure im Urin als Alkali und ein Drittel an Erden gebunden ist, betrug hier die Menge des phosphorsauren Alkali drei Viertel, diejenige der phosphorsauren Erden nur ein Viertel. Die Nahrung konnte für diese Differenz nicht verantwortlich gemacht werden.

Roenick (Berlin).

---

9. **E. Rählmann.** Über ophthalmoskopisch sichtbare Erkrankung der Netzhautgefäße bei allgemeiner Arteriosklerose, mit besonderer Berücksichtigung der Sklerose der Hirngefäße.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 5 u. 6.)

Verf. sieht in der Untersuchung des Verhaltens der Netzhautgefäße ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose der Gefäßwanderkrankungen im Gebiete der Carotis interna, insbesondere der von dieser sich abzweigenden Hirngefäße. Unter 90 Pat. mit Arteriosklerose fand R. 44 mit ophthalmoskopisch erkennbaren Veränderungen der Netzhautgefäßwandungen. Von der Thatsache ausgehend, dass das, was wir im Augengrunde gemeinhin als Blutgefäße ansprechen, nur der optische Ausdruck der von diesen Gefäßen umschlossenen Blutsäulen ist, dass die Gefäßwände aber wegen ihres von der Umgebung nicht wesentlich verschiedenen optischen Verhaltens im Allgemeinen nicht wahrgenommen werden können, begründet R. die Diagnose der Gefäßwanderkrankung der Netzhaut auf die beiden getrennt oder vergesellschaftet auftretenden Kennzeichen: Veränderung des Gefäßlumens, erkennbar an dem veränderten Durchmesser der Blutsäule, und Sichtbarwerden der Gefäßwand, was wohl immer die Folge sklerotischer oder atheromatöser Veränderungen ist. Insbesondere finden sich bei allgemeiner Arteriosklerose an den Netzhautarterien: Schlängelung und Verdünnung; weiße Berandung, welche bei unverändertem Lumen nur auf periarteriitische Veränderungen deutet, während gleichzeitige Verengerung des Gefäßes außerdem auf Endarteriitis schließen lässt; partielle Verengung einzelner Gefäßabschnitte meist ohne Sichtbarwerden der Wandung, also wahrscheinlich auf Endarteriitis mit hyaliner Degeneration zu beziehen. An den Venen sind ganz ähnliche Abweichungen festzustellen wie bei den Arterien; am häufigsten lokale Verengungen, besonders da, wo sie von Arterien mit sklerotischer Wand gedrückt werden, ferner variköse Ektasien. Von Pulserscheinungen ist häufig Venenpuls in der Form der Kaliberschwankung bis in die Peripherie zu verfolgen, während der Arterienpuls seltener beobachtet wird und zwar entweder als Lokomotion oder als Kaliberschwankung an verdünnten Arterien. In einer großen Zahl dieser Fälle, in denen die Netzhautgefäßwandungen erkrankt gefunden

wurden, waren schon vorher Hirnhämorrhagien aufgetreten oder kamen später hinzu. **Weinbaum** (Marburg).

---

10. **Stern.** Diabetes mellitus bei Kindern.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Verf. hat aus der Litteratur 117 Fälle von Diabetes mellitus bei Kindern gesammelt und macht diese zur Grundlage einer Betrachtung dieser Erkrankung, die im Kindesalter durchaus nicht so selten ist, als gemeinhin angenommen wird[1]. Die Zahl der diabetischen Mädchen zu der der Knaben verhält sich wie 5 : 3. Bezüglich des Alters konnte S. feststellen, dass der Diabetes kein Jahr der Kinder bevorzugt; in 6 Fällen fand er Diabetes bei Kindern unter einem Jahre; bei einem Kinde wurde von der Geburt an Zuckerharn beobachtet.

In der Ätiologie steht die Heredität oben an, und zwar werden nicht nur die Kinder diabetischer, sondern auch die neuropathischer Eltern oft diabetisch. Zunächst der Heredität fand Verf. den Diabetes am häufigsten bei Kindern nach überstandenen Krankheiten zurückgeblieben und zwar nach Magenkatarrh, Morbus maculosus Werlhofii, Typhus, Morbilli. Endlich scheint von größter Bedeutung für die Ätiologie des Diabetes eine Gehirnerschütterung zu sein, mag dieselbe nun durch Fall, Stoß oder Schlag auf den Kopf oder einen anderen Körpertheil hervorgerufen sein.

Die Symptome, unter denen die Krankheit bei den Kindern auftritt, verläuft und endigt, sind so außerordentlich verschieden, dass es fast unmöglich erscheint, ein einheitliches Bild aufzustellen. Ein Anfang der Erkrankung ist selten sicher festzustellen. Blühende Kinder werden bleich und magern bedeutend ab. Es stellt sich in Folge dessen eine Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ein, die Kinder werden leicht müde, bekommen ein allgemeines Angstgefühl, riechen eigenthümlich obstartig aus dem Munde, werden unruhig und schlafen schlecht. Eine Folge ist, dass sie matt und schläfrig werden und ihre freundliche Stimmung verlieren. Dazu bekommen sie einen unnatürlichen Durst und müssen außerordentlich oft Harn entleeren, der bisweilen auch unwillkürlich abgeht. Weniger regelmäßig sind dyspeptische Beschwerden und die Empfindung, dass der Kopf eingenommen ist, eben so Heißhunger, Appetit nach Zucker und Säuren. Bezüglich der Affektion der einzelnen Organe konnte S. feststellen, dass fast alle die Läsionen, die beim Erwachsenen bemerkt werden, auch bei Kindern zur Beobachtung kamen.

Die Ergebnisse der Sektion, die in 5 Fällen gemacht wurde, sind so geringfügig und von einander abweichend, dass sich irgend welche Schlüsse daraus nicht ziehen lassen.

Die Dauer der Erkrankung ist außerordentlich verschieden; im Allgemeinen scheint die Krankheit kleiner Kinder schneller zu ver-

[1] Vgl. hierzu das Referat über die Mittheilung von Holeczek in No. 15 dieses Centralbl. p. 276.

laufen als die größerer. Falls die Krankheit schon über ein Jahr gedauert hat, ist Heilung nicht mehr zu erwarten.

Die Prognose der Erkrankung ist eine schlechte; drei Viertel aller an Glykosurie erkrankter Kinder gehen daran zu Grunde. Dabei ist es ganz gleich, ob es sich um jüngere oder ältere Kinder handelt.

Die Therapie muss natürlich vorwiegend eine diätetische sein; die Durchführung der angeordneten Maßnahmen ist allerdings beim Kinde noch schwerer als beim Erwachsenen. **M. Cohn** (Berlin).

---

11. **R. Heymann.** Beitrag zur Kenntnis des Epithels und der Drüsen des menschlichen Kehlkopfes im gesunden und kranken Zustande.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 2.)

H. hat an 12 normalen Kehlköpfen die Verhältnisse des Epithels und der Drüsen einer erneuten Untersuchung unterworfen. Er fand, in Übereinstimmung mit früheren Forschern, dass das geschichtete Plattenepithel des Schlundes die obere Grenze der Kehlkopfshöhle noch ein Stück weit überschreitet. Dieser bald schmälere bald breitere Saum von Plattenepithel erreicht regelmäßig seine größte Breite vorn an der Epiglottis und verschmälert sich nach hinten zu an den ary-epiglottischen Falten mehr und mehr. An diesen Saum schließt sich ein Gebiet, wo innerhalb des Flimmerepithels sich erst größere, nach der Tiefe zu immer spärlichere und kleinere Inseln von Plattenepithel finden, wo also »beide Arten des Epithels gleichsam um die Herrschaft streiten«. Ferner findet sich bekanntlich am freien Rand der wahren Stimmbänder regelmäßig, und wie H. konstatirte, zuweilen auch am Rande der Taschenbänder ein schmaler Streifen von Plattenepithel, welcher sich auf das Interstitium interarytaenoideum fortsetzt, die ganze Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand überzieht und sowohl in das Schlundepithel wie in das Plattenepithel der Hinterwand der Trachea übergeht. Zur Erklärung dieser eigenthümlichen Verschlingung von Platten- und flimmerndem Cylinderepithel weist H. auf die entwicklungsgeschichtliche Thatsache hin, dass das Kehlkopfsganze sich einerseits aus Sprösslingen des Darmsystems, andererseits aus Gebilden des 3. und 4. Kiemenbogens zusammensetzt.

Das Plattenepithel, das im Kehlkopf vorkommt, zeigt folgende Beschaffenheit: auf der Vorderfläche der Epiglottis ruht auf der mit Papillen versehenen bindegewebigen Grundlage erst palissadenartig eine Schicht schmaler, niedriger Cylinderzellen, darüber eine mehrfache Lage rundlicher unregelmäßiger Zellen und drittens nach oben zu eine vielfache Lage sich allmählich abflachender, an der Oberfläche selbst verhornter plättchenförmiger Zellen. An der Hinterfläche der Epiglottis, an den wahren Stimmbändern etc. ist die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe mehr oder weniger gerad-

linig — ohne Papillen —, die Schicht der plättchenförmigen Zellen ist dünner, am freien Rand der Stimmbänder ist die ganze Lage des Epithels sehr dünn, es verschwindet die mittlere Schicht vollständig.

Das Cylinderepithel des Kehlkopfes ist ein mehrschichtiges, die Mehrzahl der flimmernden Cylinderzellen erreicht mit dem verschmälerten, in feine Fortsätze auslaufendem Ende die Bindegewebsschicht, nur da wo der Übergang von Platten- in Cylinderepithel erfolgt, ist dies seltener der Fall. Zwischen den Flimmerzellen finden sich zuweilen Becherzellen, besonders in der unteren Hälfte der hinteren Epiglottisfläche.

Das Epithel des Kehlkopfes ist in den verschiedensten Tiefen von Leukocyten mehr oder minder stark durchsetzt, zuweilen sieht man lockere Haufen derselben, manchmal selbst solitäre Follikel. Acinöse Drüsen fand H. 2mal auch im hinteren Abschnitt des Stimmbandes, ungefähr der Spitze des Proc. vocal. entsprechend. Ihre Ausführungsgänge haben Flimmerepithel und häufig vor der Mündung eine ampullenförmige Erweiterung. H. hat auch einige pathologisch veränderte tuberkulöse Kehlköpfe untersucht und gefunden, dass die Anordnung und Vertheilung des Epithels durchaus anders ist als unter normalen Verhältnissen. Das Flimmerepithel ist nur an wenigen Stellen (Sin. Morgagni) gut erhalten, sonst entweder abgestoßen oder aufgefasert. Vom Rande des Taschenbandes bis zur oberen Grenze der Kehlkopfhöhle, so wie unterhalb des freien Stimmbandrandes ist nur geschichtetes Platten- oder nach Henle sog. Übergangsepithel vorhanden. Am freien Stimmbandrande und an der Hinterfläche des Kehlkopfes zeigt das Epithel eine enorme Dickenzunahme und die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe ist nicht mehr geradlinig, sondern Epithelzapfen sind durch breitere oder schmälere Papillen getrennt. Auch das Bindegewebe der Schleimhaut ist stark verdickt und mit Rundzellen infiltrirt. Die Ausführungsgänge der Drüsen und der Gefäße sind erheblich erweitert. H. glaubt, dass bei der Papillenbildung die Entstehung der bindegewebigen Papillen in Folge Gefäßerweiterung als das Primäre und die Epithelzapfen als das Sekundäre aufzufassen seien.

Kayser (Breslau).

---

12. **Landgraf.** Über Rachen- und Kehlkopferkrankungen beim Abdominaltyphus.

(Charité-Annalen XIV. Jahrgang.)

Von 166 Typhuskranken, welche von 1885—1888 auf der zweiten medicinischen Klinik in Berlin in Behandlung waren, zeigten 28 männliche Kranke (unter 96) und 13 weibliche Kranke (unter 70) Larynx- resp. Pharynxkomplikationen. Die Mortalität der komplicirten Fälle betrug bei den Männern 17%, bei den Weibern 23%, während sie sich bei den nicht komplicirten Fällen auf 8,2% resp. 8,5% belief. Am häufigsten sind einfache katarrhalische Verände-

rungen des Rachens und Kehlkopfes. Eine follikuläre Tonsillarangina, von der andere Autoren berichten, hat L. unter seinen Kranken nicht beobachtet.

Dagegen hat er in einer größeren Zahl von Fällen kleine, oberflächliche Erosionsgeschwüre am weichen Gaumen, an der Epiglottis, auch an der Uvula und Lippenschleimhaut gesehen. Diese Geschwürchen treten meist in der zweiten Woche auf, gehen nicht aus einer follikulären Erkrankung hervor, haben keinen specifisch typhösen Charakter (keine Typhusbacillen!) und verheilen mehr oder minder rasch durch Überhäutung von den Rändern her ohne Narbenbildung. Sie sind prognostisch ohne jede Bedeutung. Ob die in einigen Fällen konstatirten diphtheritischen Erscheinungen im Rachen als genuine Diphtheritis (Mischinfektion) aufzufassen sind oder nicht, bleibt nach L. noch eine offene Frage.

Was die Betheiligung des Larynx beim Typhus abdom. betrifft, so hat L. eine solche bei ca. der Hälfte der Kranken gefunden. Selbständiges Ödem und Schleimhautabscess hat L. niemals gesehen. Am häufigsten traf er auf katarrhalische Veränderungen, die sich durch partielle Röthungen, besonders an der Innenfläche der Aryknorpel und der Epiglottis, auszeichneten. Dieser Katarrh beginnt zwischen Ende der 1. und Anfang der 3. Woche, ist von geringen subjektiven Beschwerden begleitet, führt zuweilen zu einer Abstoßung des Epithels (kleienförmiger Belag und Erosionen) und geht meist in wenigen Tagen vorüber.

In schwereren Fällen zeigen sich gelbgraue Flecke gewöhnlich am Rand und der Unterfläche der Epiglottis oder den Aryknorpeln. Diese Flecke bestehen, wie in 2 Fällen die Untersuchung von dem Lebenden entnommenen Probestückchen ergab, aus Pilzansammlungen (Staphylococcus pyog. flav. und Staphylococcus pyog. aureus). Auch diese Flecke zeigen einen günstigen Verlauf. In anderen Fällen gesellt sich zum Katarrh ein mehr oder minder starkes Ödem, das besonders den Rand der Epiglottis befällt, dort zu Rhagaden und tiefen Geschwüren mit Bloßlegung des Knorpels führt. Subjektiv sind meist Schlingschmerzen vorhanden. Die Diagnose, die zuweilen zur Erkennung des Typhus überhaupt verwerthet werden kann, ist nur mittels des Laryngoskops möglich. Der Verlauf ist fast immer günstig, zuweilen bleiben Deformitäten oder Narben an der Epiglottis zurück.

Eine andere und schlimmere Modifikation des Kehlkopfleidens beim Typhus besteht in Verschorfung der Schleimhaut, nicht bloß an der Epiglottis, sondern auch an den Stimmbändern, an den aryepiglottischen Falten und an der hinteren Kehlkopfswand. Es zeigt sich von vorn herein eine tiefgehende Nekrose der Schleimhaut — häufig zugleich »diphtheritische« Veränderungen im Rachen —, sehr leicht schließt sich Perichondritis mit nachfolgender Stenose an. L. fasst diese Schleimhautnekrose als lokale Gangrän auf, bedingt nicht durch irgend welchen Druck, sondern durch Blutstauungen.

Dafür spricht, dass diese Affektion nur bei schweren Fällen mit großem Kräfteverfall auftritt und dass therapeutisch die Hebung der Kräfte von vorwiegender Bedeutung ist.

Außerdem kommen noch specifisch typhöse Geschwüre im Kehlkopf vor (bei L. in einem Falle) und zwar da, wo adenoides Gewebe vorhanden ist, besonders an der hinteren Kehlkopfwand, ferner auch an der Unterfläche der Epiglottis und den Taschenbändern. Diese Geschwüre charakterisiren sich durch Schwellung und Wulstung der unterminirten Ränder und Derbheit der infiltrirten Basis, auch scheinen sie zeitlich mit der Darmaffektion zusammenzufallen.

Perichondritis (bei L. in 3 Fällen) tritt immer sekundär, daher auch erst in der Rekonvalescenzperiode, auf und befällt immer die Aryknorpel. Diagnostisch wichtig ist, dass die Perichondritis häufig nur auf Grund von Schwellung und Röthung selbst mäßigen Grades zu vermuthen ist.

Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur hat L. 2mal beobachtet. Der eine Fall zeigte totale linksseitige Stimmbandlähmung (vielleicht durch Drüsenschwellung bedingt), der andere Fall betraf eine Parese des linken Cricoarytaenoid. posticus, vielleicht myopathischer Natur.

Zum Schluss werden kurz die Krankengeschichten der 41 Fälle von Typhus abdom. mit Komplikationen im Pharynx und Larynx mitgetheilt. **Kayser** (Breslau).

---

13. **H. Fenwick.** Fifteen month's experience of electric illumination of the bladder, in the diagnosis of obscure vesical disease.

(Brit. med. journ. 1889. No. 1479/80.)

Der Neuling in der Cystoskopie hält leicht normale Erscheinungen an der Schleimhaut der Blase für krankhaft. So können Schleimhautfalten, welche nothwendig bei kontrahirter Blase vorhanden sind, im Profil gesehen, Reihen von Papillomen vortäuschen. Zu den normalen Vorkommnissen gehört auch ein kegelförmiger Prolaps der Ureteren, welcher bisweilen rhythmisch hervortritt und sich zurückzieht. Bei hämorrhagischer Cystitis erscheinen die blutroth gefärbten Schleimhautfalten, wenn man sie im Profil sieht, wie zottige Neubildungen. Blutungen in die Schleimhaut, wie man sie bei hämorrhagischer Cystitis und bisweilen bei Purpura und Syphilis findet, bilden längliche oder runde Erhöhungen von dunkelrother Farbe und gelatinösem Aussehen und täuschen leicht Epitheliome vor. Zu erkennen sind sie hauptsächlich daran, dass sich meistens kleine Hämorrhagien in ihrer Umgebung finden. Tuberkulöse Veränderungen an der Blasenschleimhaut können mit Papillomen verwechselt werden, wenn sie zu hahnenkammartigen Schwellungen führen; sie können Krebs vortäuschen, wenn die Schleimhaut nekrotisch ist,

und die infiltrirte Schleimhaut in der Nachbarschaft von Geschwüren kann Polypen ähnlich sehen.

Während Sir H. Thompson die Papillome der Blase für die häufigste Geschwulstform hält, fand F. unter 20 Fällen von Blasentumoren nur 2 gutartige; auch fand er in den anatomischen Museen etwa 4mal so viel bösartige Blasengeschwülste als gutartige.

Gegenüber Gross betont F., dass vor dem Schmerz auftretende Hämaturie nicht für Gutartigkeit der Geschwulst spreche, dass vielmehr das frühzeitige Auftreten von Blutungen von der Natur der Geschwulst nicht abhängig sei.

Blasenkrebs beginnt gewöhnlich an der hinteren Wand und zwar meist hinter den Mündungen der Ureteren oder zwischen denselben.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

---

14. **Du Castel.** Traitement de l'orchite blennorrhagique.

(Union méd. 1889. No. 123.)

Der Verf. hat das von anderer Seite für die Behandlung der gonorrhoischen Hodenentzündung empfohlene Natr. salicyl. bei einer Anzahl von Pat. mit sehr gutem Erfolge angewendet und rühmt dessen günstige Wirkung auf das genannte Leiden. Die Entzündung und Schmerzen schwinden beim Gebrauch des Mittels in kurzer Zeit, so dass die Erkrankung, zu deren Heilung bisweilen sonst Wochen nöthig sind, in einigen Tagen gehoben ist. Die Tagesdosis des Medikamentes betrug 6 g. Ähnlich günstige Ergebnisse wurden bei den Kranken bei Verordnung folgender Formel erzielt:

Rp.: TR. Pulsatillae gtt. XXX
Syr. sacchar. 120,0.
S.: 2stündlich $^1/_2$ Theelöffel zu nehmen.

Der Verf. giebt dem Natr. salicyl. für die interne Behandlung der Hodenentzündung den Vorzug, da täglich 6 g des Mittels von jungen Leuten ohne Beschwerden (!) vertragen werden. Auch die übrigen in der Therapie der Orchitis gebräuchlichen Verfahren haben in einzelnen Fällen sehr günstiges Ergebnis, so die Kompression des Hodens mit dem von Boulle angegebenen Wattesuspensorium, welches aus einer Kompresse mit Bändern besteht, welche so angelegt werden, dass die den Hoden umgebende Watte überall gleichmäßig komprimirt. Wegen der starken Schweißsekretion, welche diese Einwicklung des Hodens erzeugt, muss der Verband, welcher vor allen anderen Einwicklungen des Scrotums den Vorzug verdient, alle 4—5 Tage erneuert werden. Nach 2—3maligem Wechsel kann ein gewöhnliches Suspensorium angelegt werden. Das Wattesuspensorium immobilisirt den Hoden, verhindert Bewegung und Reibung des erkrankten Organs, so wie Zug des Funiculus spermaticus, erzeugt leichte Kompression, bewirkt durch die Schweißabsonderung Resolution der Entzündungsprodukte und gestattet dem Pat., sich außer Bett aufzuhalten und sogar weitere Wege zurückzulegen (!). Die Anwendung der Kälte mittels Auflegen von

Eisbeuteln auf den Hoden bewirkt ebenfalls Schwinden der entzündlichen Erscheinungen, jedoch muss sie längere Zeit konstant durchgeführt werden. Es empfiehlt sich mehr, die Kälte in der von Duchaussoy verwendeten Form der »Stypage« wirken zu lassen. Zu diesem Behufe wird ein Stück Watte mit Methylchlorür abgekühlt und einige Sekunden 1—2mal täglich auf das Scrotum applicirt. Für die Spitalsbehandlung ist diese Methode die bequemste.

G. **Meyer** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

15. **Algot Key-Åberg** (Stockholm). Über die Sklerose der Kranzarterien des Herzens als Ursache plötzlichen Todes.

(Eulenburg's Vierteljahrsschrift Bd. L—LII.)

In einer früheren Arbeit vorwiegend statistischer Natur hatte K.-Å. die Bedeutung der Arteriosklerose, speciell der Coronarien, für den plötzlichen Tod festzustellen gesucht. Seine Statistik, wohl die umfangreichste, die es über diesen Punkt giebt, auf dem Material des Wiener gerichtlich medicinischen Instituts beruhend, umfasste 852 Fälle, von denen er 635 als Fälle chronischer deformirender Arteriitis zusammenfasst und wieder in 5 Gruppen theilt. Die erste, stärkste, bildet den Tod durch Herzlähmung (451 Fälle); hier lokalisirt sich die Endarteriitis zumeist an den Coronararterien mit Einschluss ihrer Aortenmündungen, in zweiter Reihe an den Aortenklappen, in dritter an den übrigen Körperarterien. Die übrigen 4 Gruppen werden gebildet durch Herzruptur, Ruptur von Aortenaneurysmen, spontane Rupturen der Aorta und intracranielle Blutungen.

Die jetzt vorliegende Arbeit giebt nun eine sehr sorgfältige Analyse an 13 selbst beobachteten Fällen plötzlichen Todes, als dessen Ursache eine mit Klappenveränderungen nicht komplicirte Sklerose der Coronararterien angenommen werden musste, ebenfalls aus dem Wiener forensischen Institut. K.-Å. hatte es sich vor Allem zur Aufgabe gestellt, nachzuweisen, wodurch denn in solchen Fällen, in denen keine Ruptur oder ausgedehnte Nekrose besteht, die Sklerose der Kranzarterien eigentlich die Herzlähmung herbeiführt. Im Allgemeinen denkt man ja in solchen Fällen an eine Fettdegeneration der Muskulatur; K.-Å.'s Untersuchungen sind indess dieser Annahme nicht günstig. Nur in 2 seiner 13 Fälle fand er eine erhebliche Verfettung, in den übrigen fehlte sie ganz oder fast ganz. Hatte die Sklerose zu einer schon länger bestehenden Obliteration einer der beiden Arterien oder eines Hauptastes geführt, so fand sich auch immer Schwielenbildung in der von diesem versorgten Muskulatur; bei frischer Verstopfung wurde stets eine theils hämorrhagische, theils anämische Infarcirung konstatirt. In den Fällen ausgedehnter Sklerose ohne Obliteration bestand weder Schwielenbildung noch Verfettung.

Strassmann (Berlin).

16. **Osler.** Pulsating Pleurisy.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. p. 43.)

Der Sitz der Pleuritis ist links; nach zweimaliger Punktion entwickelt sich ein Pneumothorax und im Verlauf desselben kam es zu einer ausgesprochenen Pulsation der linken Brusthälfte. Das Herz war nach rechts verdrängt, so dass seine Erschütterung im 3. rechten Intercostalraum deutlich wahrgenommen werden konnte; das vor dem Pneumothorax rein seröse Exsudat wurde vollständig eitrig. Die Eröffnung der Thoraxhöhle bewirkte vollständige Heilung. Das Herz blieb nach rechts verschoben. Der bekannten Veröffentlichung aus der Eichhorst'schen Klinik durch Kepler (Deutsches Archiv für klin. Medicin 1887) fügt O. noch 3 Fälle aus der amerikanischen Litteratur hinzu (1 Fall von Ross in Montreal [Canada med. and surg. journ. 1885, Mai]; der 2. Fall von Henry in Philadelphia

[Proceedings of the Philad. Co. med. Society Vol. III, p. 85]; der 3. Fall von Janeway in New York [briefliche Mittheilung]), so dass mit diesen 4 Fällen im Ganzen die Zahl 38 der Kepler'schen Aufzählung auf 42 ergänzt werden muss.

Prior (Köln).

17. **J. Crounse** (Altamond, N. Y.). A case of perforating gastric ulcer.

(Albany med. annals 1889. Juni.)

Eine Pat., welche die deutlichen Symptome eines Magengeschwürs aufwies, zeigte nach vorübergehender Besserung eine umschriebene Verhärtung links oberhalb des Nabels, die sich allmählich zu einem Abscess ausbildete. Bei der Eröffnung desselben entleerte sich reiner Eiter, doch kam es zu keiner Heilung. Bei einer Indagation mit dem Finger gelangte man in eine Höhle, die jedoch keine Kommunikation mit Intestinalorganen aufwies. Eines Tages entleerte sich aus derselben deutlicher Mageninhalt und von da an kam sofort jede eben genossene Speise aus der Fistel heraus. Nach einigen Wochen ging die Pat. an Inanition zu Grunde. Bei der Sektion zeigte sich die vordere Magenwand mit der gegenüberliegenden Bauchwand verwachsen und trug ein großes perforirendes Geschwür, dessen Kommunikation mit der Bauchfistel sich nachweisen ließ.

Honigmann (Gießen).

18. **Nathanson.** Beruht die nach Phosphorvergiftung eintretende Fettleber auf einer Fettinfiltration oder Fettmetamorphose?

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Verf. unterscheidet nach der von Virchow aufgestellten Erklärung scharf zwischen Fettinfiltration und -Metamorphose. Während bei der ersteren die Zelle erhalten bleibt und nur ein Behälter für das Fett ist, ist bei der letzteren die Zelle und ihre Substanz wirklich umgebildet. Daher ist die Fettinfiltration der Rückbildung und Heilung fähig, die Fettmetamorphose eine Nekrobiose. Entfernt man also im ersteren Falle, z. B. aus Leberstücken, das Fett, so werden die Leberzellen deutlich erkennbar sein; bei der Fettdegeneration wird man keine persistirenden Leberzellen, auch nichts ihnen Ähnliches finden, wenn man das Fett entfernt. Verf. hat von vier Fällen von Phosphorvergiftung, die im Berliner pathologischen Institut obducirt wurden, Leber und Nieren zum Theil im frischen oder gehärteten und gefärbten Zustande untersucht, zum Theil kleine gehärtete Stücke in siedenden Äther gelegt. Durch Verdampfung des Äthers wurde das Fett aus den Organen extrahirt. Dass die Ätherbehandlung keinen zerstörenden Einfluss auf den Bau der Organe hatte, wurde durch analoge Behandlung normaler Leberpräparate festgestellt, an denen sich dann keine Veränderungen zeigten. In gleicher Weise wurden dann noch Stücke von Lebern mit Fettinfiltration behandelt. Während letztere normale Zellen mit Kernen deutlich erkennen ließen, war dies bei den Lebern und Nieren der an Phosphorvergiftung Verstorbenen nicht der Fall. Es zeigte sich stets bei diesen eine Fettmetamorphose der Leberzellen.

G. Meyer (Berlin).

19. **G. Klemperer.** Magenerweiterung durch Pankreaskrebs. Ein Beitrag zur Diagnostik des Pylorusverschlusses durch Kompression. (Aus der 1. med. Klinik zu Berlin.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 36.)

Ein 51jähriger Mann erkrankt allmählich an dyspeptischen Beschwerden, die nach einigen Monaten zu rapider Abmagerung und Kräfteabnahme führen. Dabei Erbrechen und hartnäckige Obstipation. Klinisch zeigt sich nach Punktion eines starken Ascites ein taubeneigroßer, knolliger Tumor in der Mammillarstelle des rechten Rippenbogens, von der Leber sicher nicht abzugrenzen, respiratorisch verschiebbar. Die Magenuntersuchung ergiebt starke Salzsäurereaktion mit den üblichen Reagentien und bei kräftiger Aspiration deutliche Beimengungen von Galle in dem Mageninhalt. Durch Aufblähung gelang der Nachweis einer starken Magenerweiterung. Durch Öleingießung der absolute Pylorusverschluss nachgewiesen.

Die Diagnose wurde auf einen außerhalb des Magens liegenden, denselben im Pylorus komprimirenden Tumor gestellt. Maßgebend dabei war der Umstand, dass sich die Geschwulst respiratorisch verschob, was bei Magentumoren selbst selten, ferner der konstante Gehalt an großen Mengen freier Salzsäure und der Rückfluss der Galle. Auf letzteren legt K. besonderes Gewicht, da er annimmt, dass ein solcher nur bei einem relativen Verschluss des Pylorus, wozu auch der durch Kompression von Geschwülsten außerhalb gehört, möglich sei, während er sie bei carcinomatöser Pylorusstenose nicht beobachtet hat. Ein Versuch, den Pat. zu operiren, wurde, nachdem die Probeincision Netzcarcinose zeigte, nicht fortgesetzt. Die Sektion ergab ein Pankreascarcinom, das den Pylorus zudrückte.

Honigmann (Gießen).

20. **Demme.** Über Tympanitis und ihre Ätiologie im Kindesalter. Mittheilung eines Falles von kongenitaler, schließlich von peritonitischen Erscheinungen begleiteter Tympanitis. Ausgang in Heilung.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern 1888.)

Nach einer Besprechung der ziemlich spärlichen Litteraturangaben über Tympanitis und deren Ätiologie, betrachtet Verf. die im Kindesalter vorkommenden Formen und zwar zunächst die symptomatische Tympanitis, welche durch eine chronische Gasanfüllung von Magen- und Darmrohr bedingt ist. Sie wird beobachtet bei den chronisch dyspeptischen Zuständen Rachitischer, bei chronischen Magen- und Darmkatarrhen, bei an Mesenterialdrüsentuberkulose leidenden Kindern. Sie hängt ab von Fäulnisvorgängen, ist bald mehr kugelig (Dünndarmfüllung), bald mehr fassförmig (Dickdarmfüllung) und bleibt während und außerhalb der Chloroformnarkose gleich. Andauernde mechanische Behinderung der Koth- und Gascirkulation ist ferner im Stande, hochgradige Tympanitis zu erzeugen; im Auge hat hier Verf. solche Behinderungen, die durch faltenförmige Strikturen des Darmrohres oder durch abschnürende Bindegewebsbrücken zu Stande kommen. Zur Illustration der letzteren Möglichkeit schildert Verf. einen zur Beobachtung gekommenen Fall, dessen wesentliche Momente in der Überschrift bereits angegeben sind. Die Heilung erfolgte durch plötzliches Zerreißen der die Passage im Darm vorher verschließenden Bindegewebsbrücke.

Als letzte hierhergehörige Erkrankungsform beschreibt Verf. jene plötzliche Auftreibung des Unterleibes, welche häufiger nach den Mahlzeiten zu Beginn der Verdauung, seltener bei leerem Magen beobachtet zu werden pflegt. Verf. hatte Gelegenheit, den folgenden, in diese Kategorie gehörenden interessanten Fall zu beobachten:

Ein $2^1/_2$jähriger gesunder Knabe aus gesunder Familie lässt seit 6 Wochen stets nach Darreichung von Nahrung eine sehr rasch sich entwickelnde fassförmige Auftreibung des Unterleibes wahrnehmen. Der Knabe war dabei äußerst unruhig und wälzte sich bis zu der nach einigen Stunden erfolgenden Abschwellung im Bette hin und her. Erbrechen selten, Stuhlgang fest, einige Male sind Spulwürmer abgegangen. D. nahm nun Gelegenheit, einen solchen Anfall zu beobachten, in welchem der Puls fadenförmig, sehr frequent wurde und Beengung der Athmung eintrat; der Symptomenkomplex erinnerte an das von Silbermann beschriebene Asthma dyspepticum. Nach ca. 20 Minuten war der Anfall vorüber, der kleine Pat. sehr erschöpft. Die Messung des Unterleibes über dem Nabel ergab vor dem Anfall 46 cm, auf der Höhe desselben 62 cm. Ein Ausströmen von Gas war beim Wiedereinsinken nicht bemerkt worden. Bei einer während eines Anfalles vorgenommenen Chloroformnarkose sank der Leib sofort zusammen.

Therapeutische Versuche D.'s blieben erfolglos; da theilte die Mutter eines Tages mit, dass dem Knaben Nachts 2 Spulwürmer abgegangen seien. Eine nun eingeleitete Wurmkur förderte eine große Anzahl Spulwürmer zu Tage und nach Abschluss dieser Kur war das beobachtete Phänomen vollständig und für immer verschwunden.

D. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle nicht um eine durch Gas-

auftreibung bedingte Umfangszunahme des Unterleibes, sondern um einen reflektorisch ausgelösten Krampf des Zwerchfells gehandelt habe. **M. Cohn** (Berlin).

21. **Demme.** Suppurative Entzündung der Thymus mit raschem letalem Ende.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern 1888.)

2½jähriger kräftiger Knabe, in keiner Weise hereditär belastet, von der Mutter genährt, bietet ganz plötzlich Morgens erhöhte Hautwärme, so wie deutliche Zunahme des unteren Halsumfanges dar. Auch schien der Mutter Schlucken und Athmen erschwert. Ca. 3 Stunden später konstatirt D. cyanotische Färbung der Schleimhäute, der Wangen und Nägel, rasch zunehmenden Sopor, auffallende Weite der Pupillen mit Verlust der Reaktion auf Lichteinfall, 44—48 ganz oberflächliche Athemzüge, 136—148 Herzkontraktionen und 40,7° Temperatur. Ödematöse Schwellung der vorderen Halsgegend, der Lage der Schilddrüse entsprechend, Weichtheile über dem Brustbein ebenfalls geschwellt, Hautvenen strotzend gefüllt. Auf den Hautdecken vereinzelte rothe 1—5frankstückgroße Flecke, die auf Druck verschwanden. Über beiden Lungen gedämpfter Schall, über dem Sternum Schenkelschall. Man hört über beiden Lungen feinblasiges feuchtes Rasseln. Herztöne nur schwach wahrnehmbar, anscheinend rein.

Die Diagnose war sehr schwierig. D. dachte an eine Affektion der im vorderen Mediastinum liegenden Organe, an den Durchbruch einer vereiterten Bronchialdrüse nach demselben mit consecutiver Mediastinitis, oder an eine entzündliche Affektion der Thymus.

Ca. 6—7 Stunden nach Wahrnehmung der ersten Krankheitserscheinungen machte der Knabe plötzlich wenige, sehr laute, schnappende Athemzüge und starb hierauf unter gleichzeitiger schwarzbläulicher Färbung der Lippen und Wangen.

Sektion: Bei Eröffnung des Thorax sickert eine trübe, stellenweise blutig tingirte Flüssigkeit aus den durchschnittenen Weichtheilen. Das unter dem Sternum liegende Bindegewebe mit derselben Flüssigkeit durchtränkt. Im Mediastinum anticum tritt eine ungewöhnlich große, massige Thymus zu Tage. Dieselbe reichte nach oben bis zum unteren Rande der nicht vergrößerten Schilddrüse, erstreckte sich nach beiden Seiten 4—5 cm unter die an das Sternum grenzenden Rippen und bedeckte mit ihrem unteren, etwa 7 cm breiten Abschnitte einen großen Theil des Herzbeutels bezw. die großen Gefäße und die Basis des Herzens. Die Oberfläche mannigfach gerippt, grobkörnig, mit zahlreichen kleinen Blutaustritten. Färbung der Oberfläche bräunlichroth, der Durchschnitte braunroth. Konsistenz in einzelnen Randpartien derb, sonst brüchig. In den unteren und seitlichen Abschnitten zahlreiche Abscesse mit dickem Eiter gefüllt von Kirsch- bis Dattelkerngröße. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ausgebreitete Entzündung des Thymusgewebes.

Alle übrigen Organe sehr blutreich; an den Lungen die Erscheinungen eines bis in die feinsten Verzweigungen der Bronchien reichenden Katarrhs und beginnenden Lungenödems.

D. nimmt an, dass dieser entzündliche Process vielleicht schon in der Fötalperiode, jedenfalls aber vor dem Zutagetreten klinischer Symptome seinen Anfang genommen hat. Die Ätiologie des Falles ist vollkommen dunkel. Die Geburt war normal erfolgt, keinerlei hereditäre Belastung war nachweisbar. Später erfuhr D., dass der Knabe am Ende der 4. Woche beim Wäschewechsel auf den Boden gefallen sei. Möglicherweise haben damals Gefäßzerreißungen im Thymusgewebe und Blutergüsse in dasselbe stattgefunden, welche mit den späteren Entzündungserscheinungen in ursächlichem Zusammenhange standen. **M. Cohn** (Berlin).

22. **Demme.** Ein Fall von rasch tödlicher Hämoglobinämie nach Verbrennung.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern 1888.)

Ein 3jähriger gesunder Knabe hatte sich durch Umwerfen eines Topfes mit heißem Wasser die Finger der linken Hand verbrannt. Die Mutter machte sofort

einen Verband mit Olivenöl und benachrichtigte D., der eine über Volar- und Dorsalfläche der Finger der linken Hand ausgedehnte Verbrennung ersten Grades mit mehrfacher Blasenbildung vorfand. Auffallend erschien D. schon 4 Stunden nach dem Unfall der somnolente Zustand des Knaben bei einer Temperatur von 36,3° und einem Pulse von 52—60 Schlägen. D. verordnete Einwicklung in warme Flanelltücher und halbstündliche Darreichung von 15—20 Tropfen Kognak. Eine Stunde später brachte die Mutter zu D. etwa 60 ccm Harn von grünlich-schwarzer Farbe, saurer Reaktion und einem specifischen Gewicht von 1012. Seine spektroskopische Untersuchung wies außer den für das Hämoglobin charakteristischen Absorptionsstreifen noch den des Methämoglobin — Absorptionsband zwischen C und D — nach. Im Sedimente fanden sich Hämoglobinschollen und -Körner, so wie hyaline Cylinder, keine intakte rothe Blutkörperchen. Eine halbe Stunde später wurde D. wieder zu dem Knaben geholt, fand aber bereits eine Leiche. Der Tod war ganz unmerklich unter langsamem Sinken der Temperatur und Abnahme der Frequenz und Tiefe der Athembewegungen erfolgt.

Bei der Sektion fanden sich in den geraden Harnkanälchen wenig, in den gewundenen, so wie in den Bowman'schen Kapseln sehr reichlich Hämoglobinschollen und -Körner. Die etwas vergrößerte Milz stellte sich auf dem Durchschnitt dunkelrothbraun und für den zufühlenden Finger äußerst brüchig und zerreißlich dar. Die Leber auf dem Durchschnitt schwärzlichbraun gefärbt, doch ohne Strukturveränderungen. In den Pleuren und im visceralen Blatte des Pericardiums vereinzelte stecknadelkopfgroße Blutaustritte.

Die Frage, wieso bei diesem vollkommen gesunden Knaben die rothen Blutkörperchen so große Neigung zu einem so plötzlichen Zerfall zeigten, muss unbeantwortet bleiben. **M. Cohn** (Berlin).

23. **Fischer.** Rheumatische Abducenslähmung. Heilung.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 45.)

Ein 29jähriger Feldarbeiter erkrankt durch Erkältung unter Schüttelfrost und heftigen Ohrenschmerzen. F. findet den Pat. im Bette mit schmerzhaftem Gesichtsausdruck, korrugirter Stirn. Aus dem rechten Ohr fließt dickflüssiger Eiter; Druck auf den Tragus schmerzhaft. Leichte Schmerzhaftigkeit der Gesichts- und Nackenmuskeln. Pupillen normal; Temperatur 39°; Puls beschleunigt. Haut mit Schweiß bedeckt.

F. führte alle Symptome auf »Rheumatismus« zurück und verordnete Natr. salicyl. innerlich. Erst 4 Wochen später sah er den Pat. wieder, wobei ihm sofort auffiel, dass derselbe den Kopf nach rechts gedreht hielt. Er erzählte, dass der Ohrenausfluss bald nach der Ordination F.'s, die Kopfschmerzen aber erst vor einiger Zeit nachgelassen hätten. Er klagte außerdem über häufigen Schwindel und Doppeltsehen. Man bemerkte, dass Pat. schielte, wenn er den Kopf in der Mittelebene hielt. Beim Fixiren des vorgehaltenen Fingers stellte sich der rechte Bulbus in Konvergenzstellung; bei Bewegungen des Fingers nach außen konnte der Bulbus nur bis zur Mittelebene folgen. Zugleich konnte man gleichnamige Doppelbilder konstatiren.

Es handelte sich also um eine Abducenslähmung und zwar um eine periphere auf rheumatischer Basis. Dadurch erklären sich auch die starken Kopfschmerzen des Pat.

F. gab wieder Natr. salicyl. Als er den Pat. 3 Monate später wiedersah, sah derselbe blühend aus und war von seinem Leiden gänzlich befreit.

M. Cohn (Berlin).

24. **Steinthal.** Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen mit ausschließlicher Berücksichtigung von Fällen, in denen Rechtsansprüche nicht erhoben wurden.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Verf. beschreibt genauer 7 in der königlichen Poliklinik für Nervenkrankheiten unter Leitung von Oppenheim beobachtete Fälle von traumatischer Neurose,

bei denen allen die von diesem Autor als charakteristisch geschilderten Symptome deutlich ausgeprägt waren: Psychische Anomalien, Störungen der Motilität, Sensibilität und Sinnesfunktionen, Erscheinungen von Seiten des Herznervensystems, Krampfsymptome, Beschwerden bei der Stuhl- und Urinentleerung, Abnahme oder Verlust des Geschlechtstriebes etc. Bei allen Pat. war Simulation ausgeschlossen. Von ganz besonderem Interesse ist folgender Fall: Bei einem sonst gesunden Manne, welchem der linke Fuß überfahren wird, entsteht 14 Tage später Schwäche des linken Beines, Armes etc., kurz Erscheinungen der funktionellen Hemiplegie. Bei einem von den 7 Pat. fehlte das Kniephänomen. **G. Meyer** (Berlin).

25. **B. Herzog.** Beitrag zur Lehre von der Infektiosität der Neurosen.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. p. 271.)

H. nimmt in dem Streit über die Frage, ob eine psychische Kontagion überhaupt besteht oder nicht, eine vermittelnde Stellung ein. Indem er darlegt, dass die Nachahmung das eine Mal als Theilerscheinung der Disposition, das andere Mal als Symptom schon bestehender Krankheit aufzufassen ist, hebt er hervor, dass man zur Erklärung eines sogenannten inducirten Irreseins eines besonderen psychischen Infektionsvorganges doch nicht ganz entbehren könne, dass vielmehr das sekundär erkrankende Individuum sich mehr passiv verhält und unter dem Zwange eines Suggestionsvorganges steht. In seinen 2 Fällen handelt es sich das eine Mal um eine »Infektion«: Ein in Berufsgeschäften überanstrengter, bis dahin gesunder Schulmeister bekommt alle 4 Wochen, übereinstimmend mit der Periode seiner Frau, Kreuzschmerzen, Appetitmangel, Leibschmerzen und Durchfälle, welchen auch nach Angabe des behandelnden Arztes Blut beigemischt gewesen sein soll. Der andere Fall betrifft eine »Pseudoinfektion«: Ein unabhängig von einander erkrankendes Ehepaar bekam unter dem Einfluss des Todes eines nahen Angehörigen nach und nach dieselben und in gleicher Weise sich äußernden Krankheitssymptome (migräneartige Kopfschmerzen). Da dieses Paar schon erkrankt war, als dieselben Erscheinungen für beide Theile einsetzten, spielt in diesem Falle der Infektionsvorgang für die Entstehung der Neurose keine wesentliche Rolle, während im ersteren der Infektionsvorgang ein veranlassendes Moment zur Entstehung der Neurose abgab. **A. Cramer** (Eberswalde).

26. **E. Adamük.** Zur Pathologie der Tabes dorsualis.

(Archiv für Augenheilkunde Bd. XX. p. 307.)

Fall von Tabes dorsualis, die sich bei einem 18jährigen Mädchen entwickelt und im Verlaufe von 9 Jahren zum Exitus letalis geführt hatte. Lues und Erkältung als Ursachen ausgeschlossen. Einziges ätiologisches Moment Onanie. Beginn der Krankheit mit Ataxie, lancinirenden Schmerzen, Parästhesien. Im 3. Jahre Sehstörungen, die sich zu typischer Sehnervenatrophie mit fast völligem Verfall des Sehvermögens ausbildeten. Die Sektion ergab das Bild der Sclérose en plaques. Über die ganze Rinde des Großhirns, Kleinhirns, der Medulla oblongata und des Rückenmarkes verbreitete runde sklerotische Plaques, die sich in gleicher Weise an den Hirnnerven, speciell den Optici und Oculomotorii, fanden. Verf. scheint dieser Fall zu Gunsten der Förster'schen Ansicht vom Entstehen der Tabes zu sprechen, laut welcher sich bei dieser Affektion dieselben histologischen Veränderungen gleichzeitig oder successive an verschiedenen hierzu besonders disponirten Punkten des Centralnervensystems entwickeln können. **Weinbaum** (Marburg).

27. **Haushalter et Adam.** De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux.

(Progrès méd. 1889. No. 44, 47 u. 48.)

Verf. haben auf der Nancyer Klinik die moderne Suspensionsbehandlung einer Prüfung unterzogen. Nach einer Beschreibung ihrer Methode, die in nichts Wesentlichem von der in diesem Blatte mehrfach erwähnten abweicht, berichten sie über die bei 29 Kranken erzielten Resultate. Eine Besserung beobachteten sie

in 20 Fällen und zwar: von 6 Tabesfällen 4mal Besserung, von 3 Fällen von Myelitis diffusa 2mal, von 2 Fällen von spastischer Spinalparalyse 1mal, bei 2 traumatischen Neurosen 1mal Heilung, 1mal Besserung, bei 6 Neuralgien 4mal; ferner Besserung in 1 Falle von nächtlicher Inkontinenz des Urins; keine Besserung bei doppelseitiger Athetose und in 2 Fällen von Hypochondrie, Besserung hingegen in 2 Fällen von Hysterie und 4 solchen von Neurasthenie.

Die Besserung bezog sich auf Schmerzen, Anästhesie und abnorme Sensationen, motorische Symptome (Ataxie, Paresen, Spasmus), Symptome von Seiten der Blase und der Geschlechtsorgane, cerebrale und psychische Erscheinungen.

Verff. referiren dann über die verschiedenen zur Erklärung der günstigen Wirkung aufgestellten Thesen, berichten über eigene in dieser Richtung angestellte Versuche und kommen zu dem Schlusse, dass die erzielten Resultate im Wesentlichen einer suggestiven Wirkung zu danken seien. Über die Zukunft dieser Behandlungsmethode haben die Verff. eine äußerst optimistische Ansicht; in Deutschland wird dieselbe wohl jetzt kaum noch getheilt werden. Von üblen Ausgängen, die leider schon so vielfach mitgetheilt worden sind, wissen Verff. nichts zu berichten.

M. Cohn (Berlin).

28. **Robbers.** Über hysterisches Zittern.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Der bei Hysterie auftretende Tremor ist in seiner Intensität wie alle übrigen hysterischen Erscheinungen sehr wechselnd. Er verschwindet nach längerem Bestehen, um von selbst oder bei psychischen Erregungen plötzlich wieder aufzutreten. Meist ist er dem Tremor bei Paralysis agitans ähnlich, kann aber auch als Intentionszittern auftreten. Er ergreift eine oder beide Hände oder eine ganze Körperhälfte und hört gewöhnlich im Schlafe auf. Verf. theilt die Geschichte von 4 Kranken, welche von Mendel beobachtet wurden, mit, welche Mädchen im Alter von 13, 19, 23 und 26 Jahren betrafen, bei denen außer anderen Symptomen der Hysterie gerade das Zittern hervortretend war. Die Ursache desselben sucht R. im Gehirn und zwar in der Capsula interna zwischen Nucleus lentiformis und Thalamus opticus, in diesem selbst und in dem Carrefour sensitiv (Charcot), ferner in der Pyramidenbahn. Da der Reiz verschieden groß ist, so tritt entweder Zittern einer Körperhälfte oder nur einer Extremität ein.

G. Meyer (Berlin).

29. **Siemerling.** Ein Fall von sogenannter Seelenblindheit.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. p. 284.)

Bei einem bis dahin gesunden 54jährigen Manne entwickelt sich plötzlich ohne Veränderungen von Seiten der Motilität und Sensibilität rechts eine absolute, links eine partielle Hemianopsie. Der Lichtsinn ist beiderseits gut erhalten. Bei Intaktheit des Augenhintergrundes und der brechenden Medien besteht eine Herabsetzung der Sehschärfe ($^1/_{30}$). Es fehlt die Fähigkeit, Farben zu empfinden, während das Vermögen, Farben und farbige Bilder sich vorzustellen, erhalten ist und für Helligkeitsdifferenzen die genauesten Angaben gemacht werden. Außerdem besteht eine aphasische Sprachstörung amnestischen Charakters. Zur Erkennung einfacher Gegenstände müssen andere Sinne, Gehör, Geruch, Geschmack und Tastsinn zu Hilfe genommen werden. Hand in Hand mit einer allmählich eintretenden Besserung der Sehschärfe, mit der Wiederkehr des Farbensinnes kehrte auch die Fähigkeit zurück, Gegenstände beim bloßen Ansehen sofort richtig zu benennen. Auf Anregung von König suchte nun S. auch bei sich selbst einen derartigen Zustand hervorzurufen, indem er sich durch eingefettete Brillengläser eine Sehschärfe von ca. $^1/_{30}$ verschaffte und seine Stube mit monochromatischem (Natrium-) Licht beleuchtete und fand, dass auch er die Gegenstände ohne Zuhilfenahme anderer Sinne nicht erkennen konnte. Wenn wir nun auch diesen Versuch, in welchem es sich ja lediglich um eine Veränderung des die Retina erregenden äußeren Reizes handelt, nicht mit dem beschriebenen Falle identificiren dürfen, so weist er uns doch im Verein mit diesem darauf hin, wie vorsichtig man

bei Beurtheilung eines Falles von Seelenblindheit sein muss. Denn es scheint im vorliegenden Falle die Sehstörung lediglich auf die Herabsetzung der Sehschärfe und die Monochromasie zurückzuführen zu sein.

Die Frage nach der anatomischen Lokalisation lässt S. offen, dagegen hebt er später hervor, dass der vorliegende Fall nicht als seelenblind, sondern als rindenblind zu bezeichnen sei, da der Kranke wohl noch Erinnerungsbilder gehabt habe, aber in Folge des Verlustes der Farbenempfindungen und der Herabsetzung der Sehschärfe der Wahrnehmungsbilder verlustig gegangen sei.

A. Cramer (Eberswalde).

30. **Juffinger.** Vollständiger narbiger Verschluss des Larynx; Heilung auf intralaryngealem Wege.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Eine 27jährige vorher stets gesunde Person erkrankte $2^1/_2$ Jahre, bevor sie Aufnahme in Schrötter's Klinik fand, unter Heiserkeit und heftigen Suffokationserscheinungen, die bald die Ausführung der Tracheotomie nothwendig machten. Pat. erkrankte bald darauf an Variola und als sie davon genesen war, war jede Kommunikation zwischen Larynx und Pharynx aufgehoben. Es wurde damals die Laryngofissur gemacht, dadurch jedoch nur ein vorübergehender Erfolg erzielt.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte sich vollständige Undurchgängigkeit, des Kehlkopfes. Die Aryknorpel waren ganz an einander gerückt, die verdickten Taschenbänder berührten sich in der Mittellinie und verwehrten so den Einblick in tiefer gelegene Theile. Eine Kommunikationsöffnung war nicht zu finden. Es wurde nun beschlossen, mit einem spitzen Instrumente durch die Narbenmasse durchzustechen und den vorgebildeten Kanal allmählich zu erweitern.

Diese Behandlungsmethode führte zu einem vorzüglichen Resultate. Die Kranke konnte schließlich mit geschlossener Kanüle arbeiten und schlafen. Die Taschenbänder verkleinerten sich allmählich und es zeigten sich dann in der Lichtung leistenartige Vorsprünge, entsprechend den wahren Stimmbändern, die sich allmählich verbreiterten und immer mehr die Form derselben annahmen. Das rechte ist dicker und unbeweglich, das linke mäßig beweglich. Stimme gut verständlich.

J. hofft, dass diese günstigen Verhältnisse andauern werden und es bald möglich sein wird, die Kanüle ganz zu entfernen.

Schließlich weist J. auf einen im Jahre 1878 von Schrötter in derselben Weise geheilten und zwei jüngst von Dr. Newman (Glasgow) publicirte Fälle hin.

M. Cohn (Berlin).

31. **Th. du Mesnil und K. Marx.** Über »Impetigo herpetiformis«.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

An der Hand eines sehr sorgfältig beobachteten Krankheitsfalles treten die Verff. für die Selbständigkeit der Hebra'schen Impetigo herpetiformis ein. Sie schließen sich vollkommen den Anschauungen Kaposi's und Brocq's an, dass diese Erkrankung von der Dermatitis herpetiformis Duhring's abzutrennen sei. Bei der 30jährigen Pat. traten von Beginn der Erkrankung an nur epidermidale Pusteln auf und diese Eruption wiederholte sich während des ganzen Verlaufes stets in gleicher Weise, dieselben zeigten eine charakteristische Gruppirung meist in Kreisform. Die Ausbreitung fand in Nachschüben an der Randpartie eines älteren konfluirenden, oder verkrustenden, oder sich ablösenden Herdes in ein- und mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis statt, während im Centrum die Verkrustung und Überhäutung nach einem kurzen Stadium des Nässens eintrat und jede tiefere Ulceration oder Narbenbildung fehlte. Es bestand Fieber, das sich durch Schüttelfröste markirte und die Eruption breitete sich an den von Kaposi angeführten Prädilektionsstellen aus, an Genitocruralgegend, Mammae, Mundschleimhaut. Zum Unterschiede von den in früheren Beobachtungen wiederkehrenden Eigenthümlichkeiten fehlten bei dieser Pat. die Schwangerschaft und der letale Ausgang. Die Verff. glauben, dass für die Ätiologie weder eine Er-

krankung im Genitalapparate des Weibes, noch eine septikämische Allgemeinerkrankung heranzuziehen sei, sondern hier Alles darauf hindränge, eine Affektion des Nervensystems anzunehmen. Es bestand eine Hyperästhesie des ganzen Körpers, ferner Symmetrie des Ausschlags, Kopfschmerzen, Delirien, Herzklopfen und profuse Schweißsekretion. Vielleicht lässt sich dieser Fall für eine Heredität der Erkrankung verwerthen, da nach den Angaben der Pat. die Mutter am gleichen Leiden gestorben sein soll.

Joseph (Berlin).

32. **Maréchaux** (Magdeburg). Ein Fall von akuter Antifebrinvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 41. p. 845.)

Anstatt der verordneten Kalomeldosis wurde einem 5 Monate alten Kinde 0,25 Antifebrin Morgens 7½ Uhr gegeben. Um 10 Uhr wurde das Kind über dem ganzen Körper blau, verdrehte die Augen und lag wie bewusstlos da. Nachmittags um 2 Uhr zeigte der aufgenommene Status hochgradige Cyanose über dem ganzen Körper, tiefe Blaufärbung der Lippen, Kälte der Nasenspitze, Ohren und Füße wie Hände; die Augen halbweit geöffnet, nach oben gerollt; die Pupillen mittelweit, beiderseits gleich groß, ohne Reaktion auf Lichteinfall; Athmung 72 in der Minute, 160 Pulse; die Haut kalt; leichter kalter, klebriger Schweiß; Zunge stark grauweiß belegt, feucht; zuweilen leises, heiseres Wimmern; beim Versuche, dem Kinde Wasser zu geben, macht es Schluckbewegungen, ohne sich zu verschlucken. Bei Einflößung von Ungarwein und feuchter Einwicklung des ganzen Körpers liegt um 4 Uhr Nachmittags das Kind in Schweiß gebadet da, die Haut ist warm und wieder elastisch, der Puls kräftiger; die Augen sind geschlossen, die Pupillen reagiren wieder. Abends 8 Uhr ist die Besserung noch deutlicher: das Kind athmet tiefer und ruhiger, 60 Züge in der Minute, 130 Pulse. Am anderen Morgen ist die Cyanose nahezu ganz verschwunden, das Kind munter aber doch noch ein wenig heiser schreiend. Dauernde Störungen blieben nicht zurück.

Prior (Köln).

X. Internationaler Medicinischer Kongress. Berlin 1890.

Einladung

zur Theilnahme an den Verhandlungen der

Abtheilung für Innere Medicin.

Entsprechend dem Beschluss des neunten Kongresses zu Washington wird in den Tagen vom 4.—9. August dieses Jahres der zehnte internationale medicinische Kongress zu Berlin stattfinden. Von den Delegirten der Deutschen medicinischen Fakultäten und den größeren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches sind die Unterzeichneten zu Mitgliedern eines vorbereitenden Abtheilungskomités gewählt worden. In dieser Eigenschaft beehren wir uns zur Theilnahme an den Verhandlungen unserer Abtheilung höflichst einzuladen. Es wird uns zur besonderen Ehre und Freude gereichen, unsere verehrten Fachgenossen recht zahlreich bei uns begrüßen zu dürfen.

Wir bitten etwaige Vorschläge, so wie Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen recht bald an uns gelangen zu lassen.

In der Hoffnung auf eine anregende und für unsere Wissenschaft förderliche Zusammenarbeit entbieten wir unseren kollegialen Gruß und zeichnen

Hochachtungsvoll

Das Organisationskomité für die Abtheilung:

Innere Medicin.

Biermer-Breslau. Gerhardt-Berlin. Leube-Würzburg.
Leyden-Berlin. Lichtheim-Königsberg. Liebermeister-Tübingen.
Mosler-Greifswald. Naunyn-Straßburg. von Ziemssen-München.

Alle die Abtheilung betreffenden Zuschriften wolle man an den zeitigen Schriftführer Prof. Dr. Ewald, Berlin W., Steglitzerstr. 68, Mittheilungen und Anfragen allgemeiner Natur an das Bureau des Generalsekretärs Dr. Lassar, Berlin NW., Karlstr. 19, richten.

Vorläufiges Programm)*

der Abtheilung für Innere Medicin.

(Dem Datum der Zusage nach geordnet.)

1) *Über die Behandlung der Herzkrankheiten. Referent: Nothnagel-Wien. Korreferent:*
2) *Über die Behandlung der Nierenkrankheiten. Referenten: Lépine-Lyon; Grainger-Stewart-Edinburg.*
3) *Über die Behandlung der Anämien. Referenten: W. Osler-Baltimore; Laache-Christiania.*
4) *Über die Behandlung der Diphtherie in Amerika. Referent: Jacobi-New York.*
5) *Über die Behandlung der Lungenschwindsucht, besonders in den Hospitälern für Schwindsucht. Referenten: H. Weber-London; A. S. Loomis-New York.*
6) *Über die Behandlung des Diabetes. Referenten: Pavy-London; Dujardin-Beaumetz-Paris; Seegen-Wien.*
7) *Über das Myxoedem. Referent: Ord-London.*
8) *Über das Denguefieber. Referent: Floras-Konstantinopel.*
9) *Über die Behandlung der Gallensteine. Referent: Harvey-London.*
10) *Über Wesen und Behandlung der Urämie. Referent: Landois-Greifswald.*
11) *Über Wesen und Behandlung der Tabes. Referent: Strümpell-Erlangen.*

Außerdem sind Vorträge angemeldet:

1) *Über die physikalischen Ursachen der Herzkrankheiten. Cutter-New York.*
2) *Über die Diagnose der Leberabscesse. Pel-Amsterdam.*
3) *Über die Steigerung des intercraniellen Druckes und deren Phänomene. Adamkiewicz-Krakau.*
4) *Über hypertrophische Lebercirrhose. Rosenstein-Leiden.*
5) *Zur operativen Behandlung der exsudativen Pleuritis. Lewaschew-Kasan.*
6) *Zur Therapie des Diabetes. Lewaschew-Kasan.*
7) *Epidemische Relation der Diphtherie in Norwegen. Johannessen-Christiania.*
8) *Enuresis nocturna bei Kindern. Tienhoven-Haag.*
9) *The bearing of the exclusive bacillary theory of Tuberculosis on the clinical history of phthisis. Sir Andrew Clark, Bart.-London.*
10) *Über die Pathologie des Bauchfellsympathicus. Talma-Utrecht.*
11) *On milk sickness. J. A. Kimmell-Findlay, Ohio.*
12) *Über therapeutische Methoden in der inneren Medicin. Brieger-Berlin.*
13) *On acute obstructive pulmonary processes. Andrew H. Smith-New York.*
14) *Über Probepunktionen am Thorax. Fürbringer-Berlin.*
15) *Die Pathogenese der Seekrankheit. Rosenbach-Breslau.*

Vorträge unter Vorbehalt des Themas haben zugesagt: Dr. Kernig-Petersburg, Dr. Kidd-London, Prof. D'Espinè-Genf, Prof. v. Jacksch-Prag, Prof. Galassi-Rom, Prof. Naunyn-Straßburg.

---

*) *Da erfahrungsgemäß dem Redaktionskomité große Schwierigkeiten aus dem unpünktlichen Einlaufen der Manuskripte während der Versammlung erwachsen — werden, um den geschäftsführenden Mitgliedern Verlegenheiten zu ersparen, die Herren Referenten und Redner höflichst ersucht, einen druckfertigen Auszug ihrer Vorträge zum Kongress bereit zu stellen.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 18. **Sonnabend, den 3. Mai.** **1890.**

Inhalt: 1. **Netter,** Pathogene Mikroben der Mundhöhle. — 2. **Neumann,** Ätiologie der Kinderpneumonie. — 3. **Schwalbe,** Gastritis der Phthisiker. — 4. **Fr. Müller,** Stoffwechsel bei Krebskranken. — 5. **G. Klemperer,** Stoffwechsel und Ernährung in Krankheiten. — 6. **Henoch,** Pemphigus acutus und Herpes zoster.
7. **Leyden,** Ockergelbes subphrenisches Exsudat. — 8. **Drapper,** Diät bei Harnsäurebildung. — 9. **Hefner,** Gehirntumor. — 10. **Demme,** Tuberkulose im Kindesalter. — 11. **Rieder,** Meningitis tuberc. basilaris. — 12. **Senator,** Wiederholte Masernerkrankungen. — 13. **G. Mayer,** Tabes dorsalis und ihre Behandlung in Aachen. — 14. **Decke,** Diabetes mellitus syphil. — 15. **Bärwindt,** Purpura.
Anzeige: 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

1. **Netter.** Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains, maladies qu'ils provoquent, indications pour l'hygiéniste et le médecin.

(Revue d'hygiène 1889. No. 6.)

N. weist darauf hin, welche Wichtigkeit für die Pathogenese und auch für die Prophylaxe der verschiedensten Krankheiten das Vorkommen von pathogenen Organismen in der Mund-Rachenhöhle des Gesunden, der gemeinsamen Eingangsöffnung für den Verdauungskanal, die Respirationsorgane, die Schädelhöhle (Lamina cribrosa!) und das Gehörorgan (Tuba Eustachii!) hat. Er stellt die Krankheiten zusammen, welche durch die hauptsächlich in Betracht kommenden Mikroorganismen: den Pneumococcus, den Streptococcus pyogenes, das Friedländer'sche Bacterium, die pyogenen Staphylokokken veranlasst werden, von denen nach seinen und Anderer Untersuchungen die Staphylokokken fast konstant, der Pneumococcus in wenigstens 20%, der Streptococcus in 5,5%, der Friedländer'sche Mikroorganismus in 4,5% in der Mundhöhle der Gesunden vorkommen.

Er hat den Pneumococcus nachgewiesen in

27 fibrinösen Pneumonien	27mal	= 100%,
43 Bronchopneumonien	14 »	= 32,5%,
54 Empyemen	19 »	= 35,2%,
62 Mittelohrentzündungen	26 »	= 42%,
25 eitrigen Meningitiden	16 »	= 64%,
37 Endocardit. ulceros.	14 »	= 38%,

den Streptococcus pyogenes in:

43 Bronchopneumonien	20 »	= 49%,
54 Empyemen	27 »	= 50%,
62 Mittelohrentzündungen	32 »	= 51,6%,
25 eitrigen Meningitiden	4 »	= 16%,
37 Endocardit. ulceros.	12 »	= 32,4%,
6 akuten Halsdrüsenentzündungen	6 »	= 100%,
4 eitrigen Gelenkentzündungen	4 »	= 100%.

den Friedländer'schen Bacillus bei Bronchopneumonien, bei Fällen von Otitis, in je 1 Falle von Endocarditis ulcerosa, Empyem und Cerebrospinalmeningitis. Er schildert, wie diese Mikroorganismen, einmal, etwa durch Kontagion, mit der Athmung oder einem Schluckakt in den Mund gelangt, dort in Folge der günstigen Nährbodenbedingungen eine unbegrenzte Zeit sich weiter entwickeln können (Häufigkeit des Pneumokokkenbefundes — 4mal auf 5 — und dadurch Häufigkeit der Recidive bei geheilten Pneumonikern[1], so wie Ähnliches beim Erysipel!), wie der gesunde Körper mit Schutzeinrichtungen gegen die krankheitserregende Einwanderung dieser Mikroorganismen aus dem Munde versehen ist (Säure des Magensaftes, anatomische Lage der Sinus und der Tuben, Flimmerepithelien der Bronchialschleimhaut[2] etc.!), wie diese Schutzvorrichtungen aber durch gewisse Gelegenheitsursachen durchbrochen werden können (Trauma, Erkältung, vasomotorische Einflüsse bei der Entstehung der Pneumonie; Anginen, insbesondere Scharlachangina, bei der Einwanderung des Streptococcus pyogen.; Diphtherie, Masern, Typhus bei der Einwanderung des Pneumococcus und des Streptococcus pyogenes), wobei neben der lokalen wohl auch eine allgemeine, etwa durch jene Krankheiten gesetzte Disposition des Organismus für die Aufnahme der sekundär inficirenden Mikrobien vorausgesetzt werden muss, und jedenfalls auch die wechselnde Virulenz der im Munde vorhandenen Mikrobien wesentlich in Betracht kommt. Bezüglich des letzteren Punktes theilt N. mit, dass er seit 3 Jahren allwöchentlich die Virulenz des Speichels desselben Individuums (gewesener Pneumoniker), prüft, und dass sich zwischen der Virulenz des Speichels und der Häufigkeit der Pneumonietodesfälle in Paris ein Verhältnis dergestalt herausgestellt hat, dass alle-

[1] »Les sujets guéris sont à craindre, comme les malades.«
[2] Er weist diesbezüglich auf ein Experiment von Gamaleïa hin.

mal in den Wochen, in welchen der Speichel sich virulent erweist, die Zahl der Pneumonietodesfälle wesentlich größer ist, als in denjenigen Wochen, in welchen der Speichel sich nicht virulent zeigt. (Zahlenangaben fehlen. Ref.)

N. schließt: »Man wird die Häufigkeit gewisser Krankheiten und den schweren Verlauf vieler anderen verringern, wenn es gelingt, die pathogenen Bakterien der Mundhöhle zu vernichten oder ihrer Virulenz zu berauben. Der Kampf gegen diese Mikrobien muss in Zukunft dem Arzte vorschweben.« Die besten Mittel dazu sind freilich noch zu erforschen. Vorläufig muss man sich mit den traditionellen Maßnahmen, wie Sauberkeit und Gurgelungen mit leichten Antisepticis begnügen, die sich wenigstens in so weit schon bewährt haben, als ihre Anwendung zu einer Verringerung beispielsweise der Stomatitis, Parotitis, Mundgangrän, Otitis bei Typhus und Masern gegenüber früher geführt hat[3]. **A. Freudenberg** (Berlin).

---

2. **H. Neumann** (Berlin). Bakteriologischer Beitrag zur Ätiologie der Pneumonien im Kindesalter.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXX. p. 233.)

N. kam bei der bakteriologischen Untersuchung von Pneumonien von Kindern zu dem Resultate, dass eben so wie beim Erwachsenen auch beim Kinde der Fraenkel-Weichselbaum'sche Pneumoniecoccus die gewöhnliche bakterielle Ursache der genuinen fibrinösen Pneumonie ist. Er konstatirte ihn (neben Staphylococcus aureus) in der Lunge einer terminalen Pneumonie bei Basilarmeningitis (12jähriges Mädchen), sodann (anscheinend ausschließlich) in dem intra vitam punktirten Pleuraerguss einer Pleuropneumonie bei einem $1^3/_4$ Jahre alten Kinde, endlich in 5 von 7 Fällen im Sputum[1] (1 Fall blieb zweifelhaft, in dem negativen Falle wurde das Sputum erst 14 Tage nach der Krise untersucht).

Eben so findet sich derselbe Organismus aber auch bei der Bronchopneumonie der Kinder in der Mehrzahl der Fälle; bei 16 Bronchopneumonien (9 nach Masern) wurde der Pneumococcus 10mal in der Lunge nachgewiesen (bei den 9 Masernpneumonien 5mal mit Sicherheit, 3mal mit Wahrscheinlichkeit, 1mal fand sich nur Streptococcus pyogenes, vermischt mit ganz vereinzelten Exemplaren des Staphylococcus aureus). N. weist darauf hin, dass gerade bei der Bronchopneumonie der Nachweis des Pneumococcus oft auf Schwierigkeiten stößt wegen der häufigen Vergesellschaftung mit anderen Mikroorga-

---

[3] N. macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, dass ein Namensvetter von ihm in Straßburg bereits 1864 auf die Wichtigkeit der Mundpflege bei Typhuskranken hingewiesen habe.

[1] Das Sputum wurde bei den Kindern in der Weise gewonnen, dass bei niedergedrückter Zunge eine mit sterilisirter Watte armirte Pincette bis zum Glottiseingang geführt wurde; die durch Berührung der Epiglottis ausgelösten Hustenanfälle schleudern das in den oberen Luftwegen vorhandene Sekret gegen die Watte.

nismen (Staphylococcus aureus und albus, Streptococcus pyogenes, Proteus vulgaris, Bacillus pyocyaneus etc.), und dass man bei negativem Ausfalle der Untersuchung auch die Möglichkeit im Auge behalten muss, dass der Pneumoniecoccus ursprünglich vorhanden gewesen, aber in Folge langer Dauer der Erkrankung abgeschwächt oder abgestorben ist, bevor es zur Obduktion kommt. Als illustrirende Beispiele für Letzteres führt N. an, dass er in einem Falle den Pneumococcus in einem früheren Stadium im Sputum nachgewiesen, während sich bei der Obduktion nur Streptococcus pyogenes und Staphylococcus aureus und albus vorfand; dass in einem anderen Falle zwar Kulturen des Pneumococcus aufgingen, aber eine mit dem Lungensaft geimpfte Maus durchkam (Abschwächung!); dass endlich in 2 Fällen aus der Lunge keine Pneumokokken, sondern andere Bakterien aufgingen, während sich in begleitenden Pleuritiden noch der Pneumococcus in Reinkultur vorfand. Das Sputum von Bronchopneumonien ergab in 14 Fällen 12mal den Pneumococcus (1 Fall zweifelhaft, 1 Fall negativ[2]). Da nun im Gegensatz zu diesen und den oben erwähnten Sputumuntersuchungen bei genuiner fibrinöser Pneumonie der Befund des Pneumococcus im Sputum resp. Mundsekret nicht pneumonischer Kinder sehr selten ist, seltener als beim Erwachsenen — bei 20 Kindern fand ihn N. trotz direkter Verimpfung auf Mäuse nur 1mal —, so ist N. der Ansicht, dass der Befund des Pneumoniecoccus im Sputum respektive Mund-Rachensekret bei Kindern mit großer Wahrscheinlichkeit eine pneumonische Erkrankung (lobärer oder lobulärer, primärer oder sekundärer Natur) anzeigt, während ein negativer Befund sie freilich nicht mit Sicherheit ausschließt.

Zum Schluss weist N. auf die Nothwendigkeit der Prophylaxe der pneumonischen Infektion durch Lüftung und Reinlichkeit der Wohnräume, Reinhaltung der Mundhöhle, Vermeidung der Eintrocknung und Zerstäubung pneumoniekokkenhaltigen Sputums etc. hin.

Die Identificirung des Pneumoniecoccus geschah stets in exakter Weise durch Mikroskop, Kultur und Thierversuch. Als sicherstes Reagens diente die direkte Übertragung des zu untersuchenden Objektes auf Mäuse, mit der natürlich die unmittelbare Anlegung von Agarplatten Hand in Hand gehen muss (s. o. den Fall, in welchem die geimpfte Maus nicht verendete, obwohl auf Agar die Pneumokokken aufgingen).

A. Freudenberg (Berlin).

---

[2] Rechnet man die Fälle von Bronchopneumonie, wo im Sputum, im Sputum und in der Lunge, oder nur in der Lunge (post mortem) nach dem Pneumoniecoccus gesucht wurde, zusammen, so ergiebt sich die Zahl von 22 Fällen, in denen 15mal der Pneumoniecoccus mit Sicherheit (außerdem mehrfach mit Wahrscheinlichkeit) nachgewiesen wurde.

3. **Schwalbe.** Die Gastritis der Phthisiker vom pathologisch-anatomischen Standpunkte.

(Virchow's Archiv Bd. CXVII. p. 316.)

Verf. hat die Mägen von 25 an Phthisis pulm. zu Grunde gegangenen Pat. in möglichst vorwurfsfreier Weise pathologisch-anatomisch untersucht und dabei nur 6 i. e. 24% in einem völlig normalen Zustande gefunden. Von den pathologisch veränderten zeigten 9 bei der mikroskopischen Untersuchung eine leichte Ausbreitung interstitieller Entzündung, bei weiteren 4 hatte die Rundzelleninfiltration einen mittleren, nur in 1 Falle einen beträchtlichen Grad erreicht. Die übrigen 5 waren von jeder interstitieller Veränderung frei, zeigten in 1 Falle jedoch Amyloid der Mucosa und Submucosa, während bei 4 anderen mittlere und hochgradige Verfettung der ganzen Drüsenschläuche sich vorfand. Bei 2 Fällen war die amyloide Degeneration mit der interstitiellen Entzündung kombinirt, während Rundzelleninfiltration und fettige Drüsendegeneration bei vielen vereinigt waren. Die zellige Infiltration zeigte sich bald näher der Oberfläche in den intertubulären Septis, bald in den tieferen Schichten unterhalb der Drüsen, oft an beiden Arten gemeinschaftlich in denselben Mägen. Daraus ergab sich Verschiebung der Drüsenschläuche und durch Kompression ihrer Ausführungsgänge cystische Erweiterung der Drüsen. Die Cystchen selbst zeigten Abplattung des Epithels bis zur vollständigen Degeneration desselben. Die parenchymatöse Entzündung der 4 oben genannten Fälle war so stark, dass die Drüsen bei schwacher Vergrößerung als schwarze Schläuche imponirten. Eine konstante Beziehung der anatomischen Veränderung zu den klinisch beobachteten Funktionsstörungen und Beschwerden ließ sich durchaus nicht feststellen. Sowohl bestanden hochgradige Veränderungen bei Mangel jeglichen dyspeptischen Symptoms intra vitam und umgekehrt normale Verhältnisse bei Hervortreten mehr oder weniger schwerer gastrischer Erscheinungen. Verf. kommt daher zu dem Schluss, dass die bei den Phthisikern von ihm beobachtete interstitielle Entzündung nur in den seltensten Fällen eine Ausdehnung erfährt, welche eine nennenswerthe Schädigung der Magenfunktion herbeiführen könnte. In keiner Weise erreicht sie die in letzter Zeit beschriebenen Fälle von atrophirender Entzündung, die zum Versiegen der Sekretion Anlass giebt. Auch die parenchymatöse Entzündung scheint für die Funktionsstörung nicht große Bedeutung zu haben. Ätiologisch erscheint es plausibel, die interstitiellen Veränderungen als Folge des durch die Kavernenbildung hervorgerufenen Eiterfiebers anzusehen; außerdem können natürlich alle Umstände, die auch bei Nichtphthisikern eine Gastritis hervorrufen, für die Phthisiker in Betracht kommen. **Honigmann** (Gießen).

4. **Fr. Müller.** Stoffwechseluntersuchungen bei Krebskranken.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. p. 496.)

Die bisherigen an Krebskranken angestellten Untersuchungen von Rommelaire, Thiriar, Kirmisson, Henrijean und Prost hatten zu den widersprechendsten Resultaten geführt, zudem war die Methodik der Untersuchungen in mehr als einer Hinsicht anfechtbar. M. hat es daher unternommen, die Stoffwechselverhältnisse bei Krebskranken in gründlichster Weise zum Gegenstand von Untersuchungen zu machen. Es waren hierbei mehrere Vergleichsmöglichkeiten gegeben: entweder die zwischen dem Stoffwechsel des Kranken und dem eines Gesunden desselben Geschlechts, von ähnlichem Gewicht und Habitus und gleicher Nahrungszufuhr, oder man sucht bei steigender Nahrungszufuhr denjenigen Punkt auf, bei welchem sich das kranke Individuum eben auf dem N-Gleichgewicht zu erhalten im Stande ist. Beide Methoden geben über die betr. Fragen wichtige Aufschlüsse. Endlich kann man auch den Stoffwechsel des Kranken mit dem des Gesunden im Hungerzustand vergleichen, über welchen letzteren mehrfache Beobachtungen vorliegen. Zu den letzteren fügt M. zunächst einige weitere an weiblichen Individuen hinzu, aus welchen hervorgeht, dass die Eiweißzersetzungsgröße bei Männern höhere Werthe erreicht als bei Weibern. Die bei den letzteren erhaltenen Zahlen schwankten zwischen 6,514 und 2,794 g im Tage.

Die Untersuchungen an Krebskranken betrafen 7 weibliche und 2 männliche Individuen. Von ersteren litten 4 an Carcinoma ventriculi, 1 an Carcinoma pancreatis, 2 an Carcinoma mammae, von letzteren 2 an Carcinoma penis. Als gemeinsames Resultat sämmtlicher Fälle ergab sich, dass die N-Ausscheidung größer war als die N-Zufuhr in der Nahrung, dass also der Körper von seinem Eiweißgehalt einbüßte. Hierbei sind aber 2 Kategorien zu unterscheiden. In der einen sind die erhaltenen Werthe nahezu übereinstimmend mit denen bei gesunden Individuen im Hungerzustande, eine besondere Einwirkung des Carcinoms auf den Stoffwechsel war nicht vorhanden.

In der zweiten Gruppe war die N-Ausscheidung eine wesentlich größere als bei gesunden Menschen unter den gleichen Verhältnissen und es gelang auch bei reichlicher Nahrung nicht, die Schwelle des N-Gleichgewichts zu erreichen.

M. hat ferner das Verhalten der Phosphorsäure und der Chloride im Harn beobachtet und gefunden, dass erstere vermehrt war in denjenigen Fällen, in welchen die Nahrungszufuhr eine geringe war. Der Gehalt an Chloriden war in allen Fällen stark vermindert. Diese Thatsachen, verbunden mit dem anhaltenden Sinken des Körpergewichtes zeigen, dass es sich bei den mit Kachexien verbundenen Krankheiten um eine Erhöhung des Eiweißzerfalles handelt, während der Fettgehalt weit weniger betroffen wird.

Im Gegensatz hierzu steht das Verhalten der N-Ausscheidung

im Stadium der Rekonvalescenz z. B. beim Abdominaltyphus. In diesem wird der Körper eiweißreicher, aber dadurch, dass der Organismus seinen abnormen Wasserreichthum verliert und die Säfte koncentrirter werden, steigt das Körpergewicht zunächst nicht an.

Als Ursache der starken Eiweißzersetzung betrachtet Verf. das Sinken der Herzkraft oder eine Erkrankung der Nieren, durch welche eine Retention von Stoffwechselprodukten bedingt wird. Das Coma carcinomatosum ist wie die Urämie als Autointoxikation durch giftige Stoffwechselprodukte zu bezeichnen.

Zum Schluss fasst Verf. die Ergebnisse der Kothuntersuchungen zusammen, deren beträchtlicher Gehalt an N (z. B. in Fall V) die Nothwendigkeit der Berücksichtigung desselben bei Stoffwechseluntersuchungen aufs schlagendste darthut. **Boas** (Berlin).

---

5. **G. Klemperer.** Untersuchungen über Stoffwechsel und Ernährung in Krankheiten. (Aus der 1. medic. Klinik des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Leyden.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. p. 550.)

Die umfangreiche Arbeit des Verf. zerfällt in mehrere Abtheilungen. Die erste bildet die Beantwortung der Frage: Wie weit lässt sich der Eiweißumsatz des gesunden Menschen beschränken? Der Verf. übt an der durch Voit's Untersuchungen festgesetzten Durchschnittszahl des Eiweißbedarfes eine gründliche Kritik, in deren Entwicklung er zu dem Ergebnis gelangt, dass durch Voit das Mindestmaß der zur Erhaltung des Körpereiweißes nothwendigen Eiweißzufuhr nicht mit Sicherheit festgestellt ist. Schon frühere Untersucher (Rubner, Salkowski, J. Munk, Pflüger, Scheube, und besonders Hirschfeld) hatten wesentlich geringere Werthe gefunden. Sorgfältige durch 8 Tage fortgesetzte Untersuchungen an 2 gesunden Individuen mit einer täglichen Einnahme von 33 g Eiweiß, 400 g Kohlehydraten, 260 g Fett und 170 g Alkohol ergaben, dass sich dieselben mit dieser Nahrung nach einer relativ geringen Eiweißabgabe ins N-Gleichgewicht setzten, ja sogar noch einen (sehr kleinen) Ansatz von Eiweiß erzielten. Hierbei gestaltete sich die Ausnutzung des Eiweiß (Verlust durch den Koth $19^1/_2\%$) sehr schlecht, dagegen die des Fettes erheblich besser als man bisher anzunehmen geneigt war (bis auf 2,3—4%). Dieses günstige Resultat führt K. auf die gleichzeitige Darreichung von Alkohol und Kalkpräparaten zurück.

Die Schlüsse, die Verf. hieraus zieht, formulirt er sehr vorsichtig in folgenden Sätzen: Der gesunde Mensch kann unter bestimmten (? Ref.) Umständen mit sehr wenig Eiweiß bei sehr reicher N-freier Kost seinen Eiweißbestand erhalten, ob eine Verminderung der Eiweißmenge in der Nahrung dagegen stets wünschenswerth oder auch nur empfehlenswerth sei, lässt Verf. dahingestellt. Die praktische Bedeutung dieser Versuche erblickt K. zunächst in der theoretischen

Einsicht, dass nicht allein »cirkulirendes Eiweiß«, sondern eben so cirkulirendes Fett und Kohlehydrat der Zersetzung durch die lebende Zelle unterliegt, welcher letzteren eine elektive Thätigkeit zukommen muss. Sodann hofft Verf., dass seine Versuche auch für die bei den meist mit Abmagerung einhergehenden chronischen Krankheiten in Betracht kommende Ernährung von Gewicht sein werden.

Der 2. Abschnitt behandelt die Frage: Lässt sich der krankhaft gesteigerte Eiweißumsatz durch die Ernährung beschränken? Hierüber lagen bereits Voruntersuchungen von A. Fraenkel vor, die durch Experimente von Fleischer und Penzoldt bestätigt werden konnten. Dieselben hatten ergeben, dass bei künstlich dyspnoisch gemachten Thieren die N-Ausscheidung im Hungerzustand stark gesteigert ist, wenig dagegen bei solchen, die durch gemischte Nahrung in N-Gleichgewicht gebracht sind. Die einschlägigen Versuche des Verf. ergaben ein ähnliches Resultat bei einer Kost, welche bei mittlerer Eiweißmenge einen Überschuss an N-freien Substanzen enthielt.

Ein 3. Abschnitt behandelt die Ursachen der Steigerung des normalen Eiweißzerfalles.

K. schließt sich hier den Deduktionen von Zuntz und Geppert an und concludirt für die vorliegenden Verhältnisse, dass der gesteigerte Zerfall von Eiweiß durch die bei der Dyspnoe im Blute kreisenden unbekannten Stoffe verursacht werde (Toxine).

Der letzte Abschnitt behandelt den Eiweißumsatz gesunder abgemagerter Menschen im Zustande der Bettruhe unter verschiedenen Ernährungsbedingungen. Die Untersuchungen beziehen sich erstens auf eine äußerst abgemagerte anämische Person mit sonst gesunden Organen.

Es ergab sich, dass das Versuchsindividuum mit 18 Kalorien (normal 42,4) pro Kilogramm in 24 Stunden im N-Gleichgewicht erhalten werden konnte. Bei einem zweiten Individuum (Ösophagusstriktur) erfolgte mit 13,5 Kal. pro 1 kg in 24 Stunden nicht allein N-Gleichgewicht, sondern sogar mäßiger N-Ansatz. Daraus folgt, dass die Größe der Umsetzungen von dem jeweiligen Ernährungszustand abhängt; je schlechter derselbe, desto geringer die Zersetzung. Dies wird auch durch die Energie der Assimilation bewiesen, welche im Rekonvalescenzstadium akut fieberhafter Krankheiten gefunden wird.

Schließlich berichtet K. über den Eiweißumsatz bei absoluter Inanition. Er hält hier die von Scherer, Schultzen und Seegen gefundenen Zahlen für gültig und ist der Ansicht, dass 3—5 g N als das Normalmaß der täglichen Eiweißzersetzung bei unkomplicirter Inanition anzusehen sei. Die weit höhere N-Ausscheidung bei Cetti (zwischen 9,73—12,9 pro die) führt K. darauf zurück, dass es sich bei Cetti um incipiente Phthise mit gesteigertem Eiweißzerfall gehandelt habe.

In einer im Centralblatt für d. med. Wissenschaften 1889 No. 46 erschienenen Entgegnung berichtet J. Munk, dass nach dem von ihm in Gemeinschaft mit Senator, Zuntz, Lehmann und Fr. Müller an Cetti angestellten Hungerversuch noch ein zweiter derartiger Versuch bei einem 21jährigen gesunden Manne von 59,6 kg ausgeführt worden sei. Derselbe hungerte 6 Tage, wobei die N-Ausscheidung sich zwischen 13,29—9,88 g bewegte, im Mittel also 11,3 pro Tag betrug. Dieser letztere (mit dem bei Cetti erhaltenen, ziemlich genau übereinstimmende) Werth ist daher nach ihm für junge, fettarme, aber reichlich Wasser trinkende Individuen in der That als der der Inanition zukommende zu betrachten. Auch der hungernde Succi schied im Mittel von 10 Hungertagen 10,7 g aus, und zu vollständig übereinstimmenden Resultaten gelangte späterhin auch Voit in noch nicht publicirten Versuchen. Allemal allerdings handelte es sich in diesen Fällen um plötzliche Abschneidung der Nahrungszufuhr, während in den Beobachtungen von Schultzen, Seegen, Scherer, Tuczek und Senator dieselbe langsam bis zur Inanition herunterging, so dass der Organismus sich der sinkenden Nahrungszufuhr mehr und mehr anzupassen vermochte. Senator bemerkt an dem gleichen Publikationsort, dass der Einwand Klemperer's, Cetti habe an beginnender Lungentuberkulose gelitten, unbegründet sei. **Boas** (Berlin).

---

6. **E. Henoch.** Über Pemphigus acutus und Herpes zoster.

(Charité-Annalen Jahrg. XIV. 1889. p. 610—622.)

Unter Pemphigus acutus versteht H. eine Krankheit, bei der gleichzeitig oder in Schüben mehrere Wochen lang unter Temperatursteigerung größere und kleinere Blasen an verschiedenen Stellen der Haut aufsprießen, wobei ätiologisch Hautreize ausgeschlossen sind. Während der akute Pemphigus bei Neugeborenen ziemlich häufig vorkommt, gehört derselbe im späteren Kindesalter zu den Seltenheiten. Er pflegt dann im Gefolge der akuten Exantheme aufzutreten. So sah H. ein 10 Monate altes, an Scharlach erkranktes Kind 2 Tage nach dem Ausbruch der Scarlatina von Pemphigus befallen werden. Die Eruption der Blasen dauerte 4 Tage und das Kind ging schließlich im Collaps zu Grunde. Ein 4jähriges Mädchen wurde am 3. Tage einer Masernerkrankung befallen und erlag am 8. Tage einer Pneumonie. In beiden Fällen betrachtet H. den Pemphigus als eine selbständige Komplikation. Als Folgekrankheit des Scharlach sah Verf. die in Rede stehende Affektion bei einem 6jährigen Knaben. Das Kind war bereits vollständig entfiebert, als in mehreren Intervallen unter hohem Fieber bis zu 40° an verschiedenen Stellen Pemphigusblasen aufschossen. Der Verlauf war ein günstiger und endete mit Genesung.

Überimpfungen des Inhaltes der Blasen hat H. absichtlich nicht vorgenommen, da derartige Versuche Anderer stets negativ waren. Entgegen der vielfach verbreiteten Ansicht von der Kontagiosität des Pemphigus hat H. nie eine Ansteckung beobachtet, weder im späteren Kindesalter noch bei Neugeborenen, wenn gleich viele Beobachtungen dafür sprechen, dass der Pemphigus neonatorum unter Umständen kontagiös werden kann. Die Untersuchungen über die Natur des Kontagium haben bisher zu einem Resultat nicht geführt. H. neigt der Ansicht zu, dass möglicherweise die Ptomaine als ätiologische Momente in Zukunft berücksichtigt werden müssen. Verf. glaubt,

»dass es eine specifische Krankheit ‚Pemphigus acutus' nicht giebt, dass vielmehr verschiedene, im Blute kreisende, deletäre Stoffe, die gerade bei den Infektionskrankheiten sich am leichtesten bilden, im Stande sind, unter mehr oder weniger heftigen, bisweilen sogar tödlichen Allgemeinsymptomen vielfache Blaseneruptionen zu produciren, die entweder mit einem Anfall von 2—6wöchentlicher Dauer abschließen oder sich unter dem Bilde des chronischen Pemphigus auch monate- und jahrelang in verschiedenen Intervallen wiederholen können«.

Schließlich erwähnt H. noch einen Fall eines Kindes, welches mit großen, sanguinolenten Pemphigusblasen auf Zunge und Lippen geboren wurde, bei dem das Leiden in derselben Weise bis in das 3. Jahr hinein fortbestand.

Auch nervöse Einflüsse hat man für die Entstehung des Pemphigus geltend gemacht; indessen ist bisher durch anatomische Untersuchungen der Beweis hierfür nicht erbracht worden. Hingegen sind nach Läsionen peripherer Nerven Anfälle von Herpes zoster beobachtet worden. Der letztere ist im Kindesalter keineswegs so selten, wie Mettenheimer meint. Was den Herpes zoster der Kinder auffallend von dem der Erwachsenen unterscheidet, ist das fast vollständige Fehlen des Schmerzgefühls, eine Erscheinung, für die eine Erklärung noch aussteht. Im Anschluss hieran schildert H. 2 Fälle von Herpes zoster bei Erwachsenen, welche als Ätiologie des Herpes in dem einen Falle ein Trauma (starke Dehnung der befallenen Thoraxhälfte), in dem anderen eine Rückenmarkserkrankung, Tabes dorsalis, aufwiesen. **P. Meyer** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

7. **Leyden.** Ein ockergelbes subphrenisches Exsudat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 46.)

Bei einer über 30 Jahre alten Frau wurde ein Exsudat nachgewiesen, welches die Leber stark heruntergedrängt hatte. Bei der Probepunktion zeigte es sich, dass das Exsudat unterhalb des Zwerchfells sich befand. Die hierbei entnommene Flüssigkeit war von auffälliger gelber Färbung und enthielt neben eiterartigen Zellen sehr schöne Bilirubinkrystalle in rhombischer und Büschelform.

Bei der Punktion mit Aspiration wurde 1 Liter desselben Exsudates entleert, in welchem Haken und Membranen von Echinokokken vergeblich gesucht wurden.

L. ist der Meinung, dass es sich um eine durch chemische Agentien (Galle) bedingte Eiterbildung in vereiterten Gallengängen gehandelt habe. An der Gallenstauung war wohl die fühlbare mit Gallensteinen erfüllte Gallenblase Schuld.

Seifert (Würzburg).

8. **Drapper** (New York). The relation of diet to uric-acid formation.

(Med. record 1889. Oktober. p. 393.)

Die Erfahrungen am Krankenbett, erweitert durch spekulative Erwägung, lassen D. seine Ansicht dahin zusammenfassen, dass der Reichthum an Harnsäure und harnsauren Salzen kein Zeichen ist für eine vermehrte Bildung dieser Stoffe, sondern die Folge einer bestimmten Veränderung des Blutes, welche eine größere Löslichkeit und leichtere Ausscheidung bedingt; die Veränderung in der Blut-

zusammensetzung ist die verminderte Alkalescenz des Blutes, welche ihrerseits begründet ist in einer vermehrten Aufnahme von Säuren in das Blut; die Veranlassung hierzu liegt in einer stärkeren Zersetzung im Verdauungskanal oder in einer unvollkommenen Umwandlung der zuckerhaltigen und mehlhaltigen Nahrungselemente durch die Leber; möglichste Einschränkung der Kohlehydrate und reichliche Zufuhr stickstoffhaltiger Nahrungsmittel, am besten gemischte Nahrung mit Überwiegen der stickstoffhaltigen Stoffe sind zur Verhinderung der verminderten Blutalkalescenz und deren Folgen allein wirksam; wichtig ist letzteres für die diätetische Behandlung der Gicht und der Lithämie; gerade diese beiden sind durch ein hervorstechendes Unvermögen, Kohlehydrate in der gehörigen Weise umzuwandeln, ausgezeichnet. **Prior** (Köln).

9. **C. Hefner.** Ein Fall von Gehirntumor.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 31.)

Ein 30jähriger Metalldreher, früher angeblich immer gesund (während der Dienstzeit geschwollene Drüsen am Halse), erlitt vor 5 Jahren ein Trauma nach dem Kopf, bekam nach etwa 3 Jahren von der Nackengegend ausstrahlende Kopfschmerzen, zu welchen sich später Schwindel gesellte. Allmählich (5 Jahre nach dem Trauma) wurde der Schwindel so stark, dass Stehen und Gehen unmöglich war, bei ruhigem Liegen im Bett ließ sich kein Schwindel bemerken. Die Pupillen wurden klein, die linke größer als die rechte, es stellte sich Stauungspapille ein. Ausfallssymptome von Seiten der Gehirnnerven fehlten. Der Puls wurde unregelmäßig, es trat häufiges Erbrechen auf und zum Schluss andauernde Temperatursteigerung, ohne dass sich eine Ursache auffinden ließ. Der Tod trat ohne besondere Erscheinungen ein. Die auf einen Kleinhirntumor gestellte Diagnose wurde durch die Sektion, welche einen solitären walnussgroßen Tuberkel im linken Kleinhirn ergab, bestätigt. **A. Cramer** (Eberswalde).

10. **Demme.** Beiträge zur Kenntnis der Tuberkulose im Kindesalter.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern 1888.)

a) Tuberkulöse Infektion einer ulcerativen Mastitis bei einem wenige Monate alten Knaben.

Ein 6monatlicher, heruntergekommener Knabe, dessen Mutter und Schwester an ausgedehnter Lungentuberkulose litten und der bis zu Beginn des 3. Monats von der Mutter genährt war, wird wegen eines von der linken Brustdrüse ausgehenden Geschwürsprocesses zu D. gebracht. Die Untersuchung der inneren Organe ergab ein negatives Resultat. Über der linken Brustdrüse eine etwa 2frankstückgroße Geschwürsfläche mit zackigen, aufgeworfenen Rändern. Die Basis schmutzig graugelb, besetzt von einzelnen hirsekorngroßen Höckerchen, welche wie eingesprengt in den Geschwürsgrund erschienen. Von der Papilla mammae und deren Hofe war nichts mehr zu sehen. Nach Angabe der Mutter war am 3. oder 4. Tage nach der Geburt eine doppelseitige Brustdrüsenentzündung aufgetreten, welche auf der linken Seite zur Vereiterung führte. Unter Behandlung mit verschiedentlichen Quacksalbermitteln und Bedeckung mit schmutzigen Lappen war dann allmählich die beschriebene Geschwürsfläche entstanden. Von der Basis der Geschwürsfläche wurde ein Stückchen excidirt und zu Impfungen an Meerschweinchen und zur mikroskopischen Untersuchung verwendet. Es fand sich hierbei, dass die erwähnten hirsekorngroßen Einsprengungen in den Geschwürsgrund aus miliaren, außerordentlich zahlreiche Tuberkelbacillen enthaltenden Tuberkelknötchen bestanden. Auch die Impfversuche hatten ein positives Resultat.

Es wurde nun die Geschwürsfläche mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und dann mit einer feinen Schicht Jodoform bedeckt und mit Jodoformgaze verbunden. Unter dieser Behandlung und zweckentsprechender Ernährung gelang es binnen 8 Wochen sowohl den Kräftezustand bedeutend zu heben als auch die Geschwürsfläche auf die Größe eines Centimesstückes zu reduciren. In damals excidirten Stücken ließen sich Tuberkelbacillen nicht nachweisen; auch blieb die Impfung auf Meerschweinchen erfolglos.

D. weist dann noch auf die Seltenheit tuberkulöser bacillärer Infektion von Wundflächen, so wie auf die zweifellos antituberkulöse Wirkung des Jodoforms hin.

b) Multiple Tuberkulose der Mund-, Gaumen- und Rachenschleimhaut.

Ein 8jähriges, von tuberkulöser Mutter stammendes und von dieser 7 Wochen lang genährtes Mädchen soll nach Bericht des behandelnden Arztes seit seinem 5. Lebensjahre die folgende, Anfangs nur ganz vereinzelt aufgetretene, allmählich ausgedehntere Erkrankung der Mundschleimhaut, besonders des Schleimhautüberzuges, des harten Gaumens und der Schleimhautumschlagstellen von Ober- und Unterkiefer zu den Wangen dargeboten haben. Es fanden sich hier lentikuläre 5—8 mm lange und 3—4 mm breite, etwas unregelmäßig begrenzte, 1—2 mm tiefe Geschwüre mit gelblich-grauem, speckigem Grunde. Bisweilen gelang es, solche durch energische Ätzung mit Arg. nitr. zur Heilung zu bringen, es schossen aber stets wieder neue Geschwüre auf. Eine eingeschlagene antiluetische Behandlung blieb erfolglos.

D. fand bei dem auffallend abgemagerten Kinde im unteren Lappen der rechten und im oberen Lappen der linken Lunge eine vorgeschrittene tuberkulöse Infiltration. Im Harn Spuren von Eiweiß. Sonst an den inneren Organen nichts Abnormes. Am harten Gaumen, an den Umschlagstellen der Kiefer- zur Wangenschleimhaut, auf der Innenfläche der Wangen selbst, am Zungenrande und Zungengrunde fanden sich im Ganzen 20—30 flache, schmutziggraue, plaquesähnliche Geschwüre von Linsengröße. Der Zahnfleischrand mit ekelhaft riechendem Schleim bedeckt; eben solche reichliche Speichelabsonderung. Anfallsweiser Husten, bei dem eine verhältnismäßig geringe Menge eines dickeitrigen Auswurfs entleert wird. Die retromaxillaren, submaxillaren und cervikalen Lymphdrüsen in großer Zahl geschwollen. Es wurden dem Mädchen Ausspülungen mit einer 0,02%igen Lösung von Kalium hypermanganicum und gleichzeitig innerlich Guajacol mit Wein verordnet. Mehrere excidirte und mikroskopisch untersuchte Stücke lieferten den Beweis, dass es sich um eine tuberkulöse Erkrankung der Mundschleimhaut handle. Auch im Auswurf fanden sich Tuberkelbacillen.

Mit Rücksicht auf die vorgeschrittene Lungenerkrankung wurde von einer eingreifenden operativen Behandlung abgesehen und nur Ausspülungen mit Kal. hypermang., die außerordentlich desodorirend wirkten, und Bestreuen der Geschwüre mit Jodoform angeordnet. Dann wurde reichlich Milch verabfolgt.

Etwa 17 Tage später erlag das Mädchen innerhalb 52 Stunden einer akuten Miliartuberkulose. Bei der Autopsie fand sich außer der Lungentuberkulose und der Ablagerung von Miliartuberkeln in fast allen Organen des Körpers noch Geschwürsbildung an der Schleimhautfläche der hinteren Gaumenwand, an der hinteren Rachenwand, an den Choanen. Der tuberkulöse Charakter ließ sich auch bei diesen Geschwüren nachweisen. Als eigenthümlich bei dem vorliegenden Geschwürsprocesse muss der Mangel jeder Tendenz zur Konfluenz der Geschwüre bezeichnet werden.

D. neigt zu der Annahme einer selbständigen Lokalisation der Tuberkulose in den so ausgedehnt befallenen Schleimhautgebieten.

c) Meningitis tuberculosa nach Schädeltrauma.

Ein hereditär belasteter Knabe (dessen Alter nicht angegeben ist), der früher stets gesund war, wird am 17. Juni Nachmittags 4 Uhr von einem 18jährigen Jungen mit großer Gewalt mehrmals mit einer hölzernen Mistschaufel auf die Mitte des Kopfes geschlagen. Er stürzte zu Boden, ohne die Besinnung zu verlieren und setzte bald seinen Weg fort. Seine später zur Rede gestellten Kameraden gaben an, dass er nach dem Schlage auffallend bleich und schweigsam gewesen und häufig im Gehen geschwankt sei. Am Abend schon trat mehrfaches Erbrechen ein und es entwickelte sich eine ausgesprochene tuberkulöse Meningitis, die am 20. Juni Abends letal endete.

Die Sektion ergiebt zahlreiche miliare Tuberkeleruptionen an der Pia mater. Weder in den Lungen noch in den Baucheingeweiden Tuberkelbildung. Einige Bronchiallymphdrüsen in beginnender Verkäsung; es gelang, in diesen vereinzelte Tuberkelbacillen nachzuweisen.

D. ist der Ansicht, dass mit Sicherheit in diesem Falle ein direkter ursäch-

licher Zusammenhang zwischen der Schädelverletzung und dem Ausbruch der tuberkulösen Hirnhautentzündung anzunehmen ist. **M. Cohn** (Berlin).

11. **H. Rieder.** 32 Fälle von Meningitis tuberculosa basilaris.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 49—51.)

Diese Arbeit bezweckt die statistische und klinische Verwerthung der Fälle von tuberkulöser Basilarmeningitis, welche auf der v. Ziemssen'schen Klinik zur Behandlung und Sektion kamen: es handelt sich dabei um Erwachsene, von denen 23 männlich und 9 weiblich sind; von 10—20 Jahren finden sich unter ihnen 5, von 21—30 : 10; von 31—40 : 7; von 41—50 : 6; von 51—60 : 1 und von 61—70 2 Pat.; in einem Falle ist das Alter unbekannt. Im Durchschnitt kommt die Basilarmeningitis auf 658,5 Kranke und 58,2 Todesfälle der II. med. Abtheilung in München: also eine sehr kleine Zahl im Verhältnis zu der großen Sterblichkeit der Kinder an Basilarmeningitis. Die Ätiologie ist meistens unklar, meist trat die Erkrankung ohne nachweisbare Veranlassung ein, je einmal wurde Skrofulose und Drüsenerkrankungen angegeben, in vielen Fällen ein Lungenleiden. Der Beginn war fast immer allmählich mit Kopfschmerz, Verstopfung, Schwindelgefühl, Erbrechen, Schlaflosigkeit; 2mal wird ein Schüttelfrost angegeben, einmal eine Facialislähmung und einmal eine rechtsseitige Lähmung und epileptiforme Anfälle. Die schwere Störung dauert meist 1—2 Wochen, nur in 3 Fällen einige Tage, in 8 Fällen 3 und mehr Wochen; eine Heilung kam nicht vor. Im Verlauf der Erkrankung selbst wurden beobachtet von Störungen in der motorischen Sphäre als Reizerscheinungen meistens Nackensteifigkeit 20mal, auch allgemeine Konvulsionen; als Lähmungserscheinungen ist meistens der Facialis betroffen, sowohl in totaler Ausdehnung als auch partieller Erkrankung; auch Hypoglossuslähmung, totale Hemiplegie, Paraplegie der unteren Extremitäten, Ischurie kamen vor; die Gehirnnerven blieben nicht unversehrt, häufig zeigten sie Störungen als Zwangsstellungen der Bulbi, Ptosis, Pupillendifferenz, Pupillenstarre, Strabismus divergens, convergens; Nystagmus, Exophthalmus. In der sensiblen Sphäre handelte es sich vorwiegend um allgemeine Hyperästhesie; sie verschwand fast stets im tiefen Koma, um bei zeitweiser Besserung des Sensorium wiederzukehren. Die Körpertemperatur bewegte sich meistens zwischen 38° und 39°; über 40° ist selten, afebril war nur ein Fall. Der Puls, Anfangs normal oder verlangsamt, war späterhin stets frequent und klein. Die Athmung schien fast stets beschleunigt, fast nie dyspnoisch, nur 8 Fälle hatten das Cheyne-Stokes'sche Phänomen. Milztumor lag 13mal vor. Erbrechen war im Verlauf der Erkrankung selten, die Obstipatio dauerte an, rapider Verfall und Abmagerung trat stets hervor. Als nebensächliche Befunde zeigte die Sektion 16mal starken Hydrocephalus externus; seltener Hydrocephalus internus, öfters Gehirnödem, einige Mal Pachymeningitis und einmal Leptomeningitis. Einmal fand sich ein bohnengroßer käsiger Herd im linken Scheitellappen, einmal ein käsiger Solitärtuberkel im Kleinhirn, einmal Solitärtuberkel in beiden Hemisphären, einmal Hämorrhagien im rechten Vorderlappen und einmal ausgedehnte encephalitische Erweichungsherde. Allgemeine Miliartuberkulose ergab die Sektion in 14 Fällen, alte Kavernen in 12 Fällen. Darmgeschwüre kam 10mal vor, verkäste Drüsen 5mal, je einmal Verkäsung der linken Niere und Verkäsung der rechten Nebenniere. Der primäre Ausgangspunkt musste nach dem Sektionsergebnisse liegen 10mal in ausgedehnter chronischer Tuberkulose der Lungen; überhaupt schloss sich in 24 Fällen die akute Basilarmeningitis tuberculosa an chronische, schon klinisch nachweisbare Erkrankungen der Lungen an, in 8 Fällen trat die Erkrankung scheinbar primär auf, aber in 4 von ihnen zeigte die Sektion das Bestehen eines primären Herdes.

Prior (Köln).

12. **H. Senator.** Über wiederholte Masernerkrankungen.

(Charité-Annalen Jahrg. XIV. 1889. p. 334—344.)

Über die Häufigkeit der Rückfälle und wiederholter Erkrankungen bei Scharlach und Masern gehen die Ansichten der Autoren und Ärzte sehr aus einander. Im Allgemeinen stimmen die Beobachtungen darin überein, dass Recidive und

wiederholte Erkrankungen beim Scharlach öfter beobachtet werden, als bei den Masern. Bohn sowohl wie Henoch betonen, dass bei beiden Affektionen Recidive häufiger vorkommen als wiederholte Erkrankungen.

Bemerkenswerth sind bezüglich dieser Verhältnisse die Angaben von Trojanowsky. Derselbe sah eine zweitmalige Erkrankung an Scharlach in 6% und an Masern bei 7% seiner Fälle und fürt die Häufigkeit der Wiedererkrankungen auf die topographischen Verhältnisse Livlands zurück.

S. theilt sodann 5 von ihm beobachtete Fälle wiederholter Masernerkrankungen mit.

Der 1. Fall betraf ein 10jähriges Mädchen, welches 22 Tage nach dem Beginn der ersten Erkrankung von Neuem unter den Prodromen der Masern erkrankte und nach 4 Tagen einen ausgesprochenen Masernausschlag zeigte. Die zweitmalige Erkrankung war in jeder Beziehung heftiger als die erste. Des Weiteren wurden 2 Knaben von 8 und 4 Jahren 9 Wochen nach dem Ausbruch der ersten Infektion zum zweiten Male von den Masern befallen. Die Intensität beider Erkrankungen, der ersten und der zweiten, war die gleiche. Ferner erkrankte ein 13jähriges Mädchen 4 Wochen nach dem ersten Auftreten der Masern zum zweiten Mal an dieser Affektion und die Mutter dieser Pat., welche 10 Jahre zuvor die Masern überstanden hatte, wurde ebenfalls von den Masern befallen. Die letztgenannten 4 Pat. gehören den Familien zweier Geschwister an. Es ist somit die Vermuthung naheliegend, dass eine besondere Empfänglichkeit für die Maserninfektion den Mitgliedern dieser Familien gemeinsam war.

Verf. betrachtet die 5 Fälle als »zweitmalige Erkrankungen«. Bezüglich der Definitionen, welche der Verf. von den Begriffen »Rückfall« und »wiederholte Erkrankung« giebt, müssen wir uns begnügen, auf das Original zu verweisen, da diese Auseinandersetzungen in einem kurzen Referate nicht genügend gewürdigt werden können. **P. Meyer** (Berlin).

13. **G. Mayer.** Tabes dorsalis und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen.

(Separatabdruck aus »Aachen als Kurort«.)

Aachen, **C. Mayer,** 1889.

Wenn auch nach jahrelangem heftigen Widerspruch sich ein großer Theil der Gegner der Fournier-Erb'schen Entdeckung, dass weitaus der größte Theil (90%) aller Tabesfälle auf Lues beruhe, sich jetzt zu dieser Ansicht bekennen, so stehen doch noch viele Ärzte der daraus gezogenen Konsequenz, dass man Tabische mit Quecksilber behandeln müsse, ablehnend entgegen, theils weil sie keine aufmunternden Erfolge davon sahen, theils weil sie die Einverleibung des Quecksilbers als nicht ganz indifferente Procedur betrachten konnten.

Nach einer kritischen Besprechung der anatomischen Veränderungen bei Tabes, wobei auch die 2 Fälle von Jendrassik erwähnt werden, der den Primäraffekt bei dieser Krankheit in einer Hirnrindenaffektion erkennt und die Veränderungen in den Hintersträngen als consecutive Degenerationen ansieht, geht Verf. auf seine vom Jahre 1879—1887 behandelten 73 Fälle über.

Sämmtliche Kranke waren männlichen Geschlechts, nur bei zweien konnte Syphilis nicht nachgewiesen werden; als Gelegenheitsursache werden anstrengende Märsche, Erkältungen, besonders der unteren Extremitäten, Excesse in venere angenommen. Von den 73 Fällen, ohne Unterschied der Schwere, stellt sich bei einer antisyphilitischen Behandlung (Schmierkur) die Prognose wie folgt:

Erfolg unbekannt in	14	Fällen,
nicht gebessert in	22	»
gebessert in	11	»
sehr gebessert in	19	»
nahezu geheilt in	4	»
nachträglich sehr gebessert in	1	Fall.

Was die Zeit des Auftretens der ersten tabischen Symptome nach der Infektion betrifft, so sah Verf. dies:

im 1.—5. Jahre 3mal (davon 2 gebessert, 1 ohne Erfolg),
im 5.—10. Jahre 18mal (2 gebessert, 8 sehr gebessert, 1 fast geheilt, 4 unbekannt, 3 ohne Erfolg),
im 10.—15. Jahre 25mal (2 gebessert, 5 sehr gebessert, 2 nahezu geheilt, 5 unbekannt, 11 ungeheilt),
im 15.—20. Jahre 11mal (4 gebessert, 3 sehr gebessert, 1 unbekannt, 3 ohne Erfolg),
im 20.—25. Jahre 9mal (2 gebessert, 1 sehr gebessert, 1 nahezu geheilt, 2 unbekannt, 2 ungeheilt),
im 25.—30. Jahre 3mal (1 sehr gebessert, 1 unbekannt, 1 ungeheilt).

Aus dieser Tabelle geht hervor, dass wohl bei früh auftretender Krankheit der Erfolg günstiger ist, dass man jedoch bei spät auftretenden Formen am Erfolge nicht verzweifeln darf. Der Erfolg hängt im Großen und Ganzen viel von der Konsequenz in der antiluetischen Behandlung ab; Verf. berichtet von Fällen, wo erst nach der 4., 5., ja 6. Schmierkur der gewünschte Erfolg eintrat.

Das gleichzeitige Vorhandensein anderer syphilitischer Symptome ist ein prognostisch günstiges Zeichen. Von den nahezu geheilten zeigten sich solche Symptome in 14 Fällen, von denen nur 2 Misserfolg hatten und zwar:

1) Tabes mit Tophis am Kopfe: sehr gebessert,
2) » » Periostitis tibiae: dessgl.
3) » » Schleimhautaffektion der Nase: nahezu geheilt,
4) » » frischer Perforation des Pal. dur.: sehr gebessert,
5) » » Psoriasis palmar.: ohne Erfolg,
6) » » » universal.: sehr gebessert,
7) » » Plaques der Mundschleimhaut: dessgl.,
8) » » » und Tophis: dessgl.,
9) » » Rhypia specif.: dessgl.,
10) » » » und Lungenaffektion: nahezu geheilt,
11) » » Plaques am Scrotum: gebessert,
12) » » Papelsyphilis an Arm und Bein: sehr gebessert,
13) » » Plaques der Zunge, Pusteln der Kopfhaut: gebessert,
14) » » papulösem Syphilid: Erfolg unbekannt.

Das Procentverhältnis der Besserung wird durch Augenkomplikationen nicht geändert. Die meisten guten Erfolge sah Verf. bei Komplikationen mit Myosis.

Mit begleitenden Hirnerscheinungen sah er:

1) Tabes mit Paralysis generalis 6mal (5mal ohne Erfolg, 1mal sehr gebessert),
2) » » Schwindel und Erbrechen 4mal (1mal ohne Erfolg, 2mal sehr gebessert, 1mal nahezu geheilt),
3) » » vorangegangener Apoplexie und Sprachstörung 2mal (1mal gebessert, 1mal sehr gebessert),
4) » » Taubheit 1mal (ohne Erfolg),
5) » » epileptischen Anfällen 1mal (sehr gebessert).
6) » » Gedächtnisschwäche 1mal (ohne Erfolg).

Danach ist wohl Komplikation mit Paralysis generalis als die prognostisch ungünstigste zu betrachten, während andere Hirnerscheinungen einen Erfolg der Kur nicht ausschließen.

Die seit Jahren eingebürgerte Behandlung besteht in einer Kombination von Trinkkur (etwa 750 g Thermalwasser pro die) mit täglich genommenen Thermalbädern von 20 Minuten Dauer und 27 ° R. Kurze Zeit nach dem Bade wird täglich eine Merkurialeinreibung von 3—4, ja 6 g vorgenommen. Die gewöhnliche Zahl beträgt 30—40—50, kann jedoch bis auf das Doppelte gesteigert werden. Elektrotherapie und Jodkali unterstützen den Erfolg.

(Seit Ref. im Jahre 1886 auf der Neurologenversammlung in Baden seine Grundsätze über die Syphilisbehandlung mit Mercurialkur und Schwitzbädern, besonders mit Bezug auf die Affektionen im Rückenmark und Gehirn, entwickelte, hat sich die Zahl der von ihm hier an Tabes Behandelten beträchtlich vermehrt

und die Erfolge sprechen zweifellos für die große Bedeutung des Quecksilbers in der Behandlung der Tabes.) **A. Frey** (Baden-Baden).

14. **Decker** (Bremen). Zur Kasuistik des Diabetes mellitus syphiliticus.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 46.)

Ein 30jähriger Mann inficirte sich vor 3/4 Jahren. 2 Monate später traten die ersten Erscheinungen einer inneren Augenerkrankung auf (entzündlicher Process, der den Ciliarbogen, die Chorioidea, Retina und den N. opticus ergriffen hatte) und nach weiteren 2 Monaten die ersten Symptome des Diabetes mellitus, gleichzeitig mit einem Hautsyphilid.

Dass der Diabetes auf Rechnung der Syphilis zu setzen war, ergab sich aus dem Resultat der Behandlung. Der Diabetes wurde geheilt durch eine Schmierkur, trotzdem Pat. nicht unbeträchtliche Mengen von Kohlehydraten genoss. D. nimmt an, dass der Diabetes durch eine syphilitische Gefäßerkrankung, wahrscheinlich am Boden des 4. Ventrikels, bedingt gewesen sei. **Seifert** (Würzburg).

15. **Bärwindt** (Frankfurt a/M.). Ein Fall von Purpura.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 48.)

Beschrieben wird 1 Fall von Purpura haemorrhagica und zwar die sog. 3. Form, welche v. Dusch beschreibt und über welche in diesem Blatte früher berichtet worden ist. Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, welches unter Temperatursteigerung bis zu 39° erkrankte mit Erbrechen, Koliken und blutigen Stühlen von frischem und verdautem Blute; in der 2. Woche der Erkrankung traten linsengroße, flache Ekchymosen am rechten Fuß auf, danach Schmerzen im rechten Ellbogen-, Hand- und Kniegelenk ohne Schwellung; unter neuen Fieberbewegungen kam es zu erbsengroßen, erhabenen, dicht gesäten Ekchymosen an Weichen, Bauch und Rücken; zugleich trat einmal Nasenbluten ein; es folgten Nachschübe flacher Art am linken Fuß, knötchenförmig am Bauch; endlich kommt es zu einer hämorrhagischen Nephritis; auf der Höhe der Erkrankung wird die Herzthätigkeit unregelmäßig und tritt systolisches Geräusch an der Herzspitze auf; allmählich entwickelte sich während und nach der Erkrankung eine Hypertrophie des linken Ventrikels. Die Albuminurie bestand noch nach 2 Jahren. Das schubweise Hervortreten der Symptome, verbunden mit den Störungen der Herzthätigkeit, ließen die Vermuthungsdiagnose Endocarditis ulcerosa zu. Ein Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus ließ sich nicht nachweisen. **Prior** (Köln).

---

63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

Bremen, 15.—20. September 1890.

Bremen, April 1890.

Im Einverständnisse mit den Geschäftsführern der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte haben wir die Vorbereitungen für die Sitzungen der Abtheilung

No. 14 für ***Innere Medicin***

übernommen und beehren uns hiermit, die Herren Vertreter des Faches zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilung ganz ergebenst einzuladen.

Gleichzeitig bitten wir Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — wenn möglich vor Ende Mai — bei uns anmelden zu wollen.

Die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, und wäre es wünschenswerth, schon in diesen Einladungen eine vorläufige Übersicht der Abtheilungssitzungen geben zu können.

Dr. med. **Loose,** *Einführender Vorsitzender. Schillerstraße 10.*

Dr. med. **Lürman,** *Schriftführer. Rembertistraße 73.*

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 19. **Sonnabend, den 10. Mai.** **1890.**

Inhalt: 1. **Lustig,** Exstirpation des Plexus coeliacus. — 2., 3. **Ponfick,** Pathologie der Leber. — 4. **Rosenheim,** Einfluss des Eiweiß auf Verdauung der stickstofffreien Nährstoffe. — 5. **Filehne,** Übergang von Blutfarbstoff in die Galle. — 6. **Stierlin,** Blutkörperchenzählung und Hämoglobinbestimmung bei Kindern. — 7. **Torsellini,** Saccharin. — 8. **Smith,** 9. **Judd,** Rückenmarkserschütterung. — 10. **Charcot,** Ticanfälle. — 11. **Lawson Tait,** Leberchirurgie.
12. **Gläser,** Ungewöhnliche Temperaturkurven. — 13. **Renvers,** Pyrodin. — 14. **v. Hösslin,** Fremdkörper in der Lunge, Tod durch Lungenabscess nach 35 Jahren. — 15. Diskussion in der Medico-chirurg. society in Edinburg. Darmverschluss. — 16. **Moyer,** Reflexpsychose durch Kothstauung. — 17. **Rieder,** Chorea congenita bei Idiotismus. — 18. **v. Krafft-Ebing,** Tumor in der Großhirnschenkel-Haubenbahn. — 19. Derselbe, Hämatomyelie. — 20. **Gleitsmann,** Halsneurosen. — 21. **Weichel,** Wirkung des Erysipel auf bösartige Geschwülste. — 22. **Lexer,** Syphilisbehandlung.

1. **A. Lustig.** Sugli effetti dell' estirpazione del plesso celiaco.

(Arch. per le scienze med. 1889. No. 6.)

L. beobachtete an Kaninchen und Hunden, denen er den Plexus coeliacus exstirpirt hatte, Folgendes:

Störungen in der Funktion des Verdauungsapparates traten nicht auf; die Thiere hatten normalen Appetit, die Fäces waren von gewöhnlichem Aussehen. Einige Stunden nach der Operation trat häufig eine, spätestens in 2 Tagen vorübergehende Glykosurie auf. Eine Atrophie des Pankreas (Munk und Klebs) war nicht nachweisbar.

Eine konstante Folgeerscheinung der Fortnahme des Plexus war eine Acetonurie, die lange, oft bis zum Tode des Thieres andauerte. Zunehmende Abmagerung, Sinken der Körpertemperatur unter die Norm, Verlangsamung der Athmung begleiteten sie. Nach einiger Zeit trat auch Eiweiß im Harn auf.

Die Erkrankung führte in den meisten Fällen zum Tode. Einige Thiere erkrankten zwar ebenfalls unter den angegebenen Erscheinungen, erholten sich aber und blieben am Leben. Der Tod trat bei den anderen nach einer oder mehreren Wochen ohne besondere vorausgehende Symptome im Koma ein. Die Autopsie ergab lediglich Veränderungen in der Niere, die denen ähnlich waren, die man beim Menschen, die nach vorausgegangener Acetonurie im diabetischen Koma zu Grunde gingen, beobachtet hat und mit denen auch diejenigen histologisch nachweisbaren Nierenläsionen übereinstimmten, die nach der vom Verf. studirten Vergiftung von Thieren mit Aceton auftraten.

Das Vorkommen von Aceton im Harn steht also im Vordergrunde der nach der Exstirpation des Plexus coeliacus auftretenden Erscheinungen. Seine Folge ist insbesondere die von Albuminurie begleitete Nierenerkrankung. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

2. **E. Ponfick.** Experimentelle Beiträge zur Pathologie der Leber.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 2.)

3. Derselbe. Experimentelle Beiträge zur Pathologie der Leber.

(Ibid. Bd. CXIX. p. 193.)

Nach einer eingehenden Schilderung der anatomischen Verhältnisse der Kaninchenleber, wie des operativen Vorgehens Zwecks partieller oder fast totaler Exstirpation dieses Organs giebt Verf. eine Übersicht über seine zahlreichen, bei mehreren Hundert Kaninchen angestellten Untersuchungen behufs der Entfernung dieses lebenswichtigen Organs.

Ein qualitativer Unterschied zwischen den verschiedenen, das Organ bildenden Bestandtheilen ließ sich nicht auffinden; hingegen ergab sich bezüglich der Größe des auf einmal entfernten Parenchymantheils eine dem Umfange und Gewichte des exstirpirten Leberstückes nur bedingt proportionale, jenseits einer gewissen Grenze sogar unmäßig gesteigerte Intensität der Ausfallssymptome kund.

Primäre Exstirpation eines Viertels des Lebergesammtbestandes wurde ohne allzu große Beschwerden ertragen, jedenfalls ohne nachhaltige Störungen überwunden. Auch die gleichzeitige Wegnahme selbst der annähernden Hälfte der Leber wurde ohne dauernden Nachtheil ertragen. Nach Exstirpation von drei Viertel überstanden von 28 Thieren 3 den operativen Eingriff um Wochen und Monate ohne ersichtliche Störungen. Bei weiteren 8 Kaninchen, bei denen ebenfalls die Exstirpation von drei Viertel Leberparenchym ohne üble Folgen gelungen war, wurde durch eine zweite Operation die Entfernung des Leberrestes außer dem Lobus caudatus erstrebt. Sämmtliche Thiere starben spätestens bis 24 Stunden nach der Operation, die Mehrzahl in Folge des Eingriffes.

Schließlich versuchte P. auch noch die irgend zugänglichen Stücke des Lobus caudatus wegzunehmen; sämmtliche 6 Versuchsthiere gingen bald nach der Operation ein, ohne dass wenigstens bei 3 Thieren eine greifbare Todesursache sich hätte auffinden lassen.

Von 18 Kaninchen, welche eine primäre und weiterhin eine nochmalige sekundäre Wegnahme eines Leberabschnittes überlebt hatten, erlagen 17 alsbald einem dritten Eingriff, anscheinend allerdings in Folge der erschwerten Operation; nur 1 Thier lebte bis 60 Stunden nach der Operation.

Diese in hohem Grade das Interesse erregenden Versuche P.'s werden in nächster Zeit (cf. unten) durch weitere Angaben ergänzt werden, in welcher Weise der thierische Organismus auf den plötzlichen Ausfall eines so bedeutenden Bruchtheils der mächtigsten Drüse des Körpers reagirte. —

In der zweiten Abhandlung theilt Verf. seine weiteren interessanten Beobachtungen über die Folgen der Ausrottung größerer Bruchtheile der Leber mit. Es muss als auffallende Thatsache konstatirt werden, dass ein Warmblüter ein Viertel, die Hälfte, ja drei Viertel des Organs auf einmal einzubüßen vermag, ohne dadurch bleibenden Schaden zu erleiden. Weder die häufiger zu beobachtende Cyanose der Magen- und Dünndarmwand, so wie der Milzpulpa und die in diesen 3 Organen mitunter angetroffenen Infarcirungen sind eine für die Exstirpation voller drei Viertel der Leber konstante Erscheinung, noch ist die mitunter geschaffene Cirkulationsstörung stark genug, um auffällig greifbare Residuen zu erzeugen; im Laufe der Zeit werden dieselben bis zur Unkenntlichkeit verwischt.

Während nach Exstirpation anderer Organe häufiger beobachtet wird, dass ein fremdes Organ die Ersatzrolle einnehmen kann, ist die Leber in Bezug auf ihren Ersatz auf sich selbst angewiesen. Nach Wegnahme eines Viertels oder gar der Hälfte der Leber bieten schon nach wenigen Tagen die zurückgebliebenen Lappen ein ganz verändertes Aussehen. Sie sind durchwegs unverkennbar vergrößert. Es zeigt sich die Zunahme besonders im Dickendurchmesser; die Oberfläche stark gewölbt, das Aussehen fast milzähnlich, die Konsistenz hochgradig mürb. In gewaltigen Proportionen erfolgt die Vergrößerung des Organs im Laufe der nächsten Zeit bis zum völligen Wiederersatz des Verlorenen. Selbst noch der vierte Theil der Leber ist im Stande, sich auf das Dreifache und mehr seines Umfanges zu vergrößern. Er besitzt zugleich die Fähigkeit, das verstümmelte Organ in so weit wiederherzustellen, dass es mindestens vier Fünftel seines ursprünglichen Bestandes erreicht, sogar ihm völlig gleich kommt.

Über den Vorgang dieser Rekreation der Drüse wird P. später noch berichten.

Peiper (Greifswald).

4. **Th. Rosenheim.** Über den Einfluss des Eiweiß auf die Verdauung der stickstofffreien Nährstoffe. (Aus dem thierphysiolog. Laboratorium der landwirthschaftl. Hochschule zu Berlin.)

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. p. 422.)

Versuche von Hirschfeld und Kumagava haben gezeigt, dass der Mensch nicht nur seine Stoffwechselausgaben bestreiten, sondern sogar Körpergewebe ansetzen kann bei einer Nahrung, die erheblich weniger Eiweiß enthält als das Minimum, welches Voit für die Ernährung des Menschen verlangt. Aus diesen Versuchen darf man aber nach R. nicht den Schluss ziehen, dass das Eiweiß ohne Gefahr für das Individuum in der regelmäßigen Kost auf das von jenen Forschern gebrauchte oder auch nur ein annähernd kleines Quantum heruntergedrückt werden kann und dass die Voit'schen Ziffern unberechtigt hohe Werthe einer Luxuskonsumption darstellen. Denn die Versuche von Kumagawa und Hirschfeld erstrecken sich nur auf eine kurze Zeitdauer (8—9 Tage). Es erschien möglich, dass ein dauerndes Herabdrücken der Eiweißmenge allmählich die Verdauung der nothwendigen stickstofffreien Bestandtheile der Nahrung beeinträchtigen könne. In der That zeigte sich bei Stoffwechselversuchen an Hunden, dass das Eiweiß für die Verdauung in so fern eine Rolle spielt, als bei gleichbleibenden Mengen von stickstofffreier Substanz, Fett und Kohlehydraten, und wechselnden Mengen von Eiweiß die Resorption von Fett um so schlechter wird, je länger eine eiweißarme Nahrung verfüttert wird.

F. Röhmann (Breslau).

---

5. **W. Filehne.** Der Übergang von Blutfarbstoff in die Galle bei gewissen Vergiftungen und einigen anderen blutschädigenden Eingriffen.

(Archiv für pathol. Anatomie u. Physiologie Bd. CXVII. Hft. 2.)

Das Auftreten von Hämoglobin konnte nur in der Galle des Kaninchens, aber nicht in der des Hundes beobachtet werden, und zwar nach Blutgiften wie Phenylhydrazin, Pyrodin (Acethylphenylhydrazin), Toluylendiamin, Anilinderivaten, Pyrogallol, Kali chloricum, Glycerin, sodann bei Arsenik- und Phosphorvergiftung. F. glaubt, diesen Übergang des Blutfarbstoffes in die Kaninchengalle als Reagens benutzen zu können, um kurzer Hand festzustellen, ob eine Substanz ein Gift für die rothen Blutzellen ist oder nicht. Es finden nach F. die geschädigten rothen Blutkörperchen, für welche im übrigen Gefäßsystem die Bedingungen einer Auflösung nicht gegeben sind, dieselben in der Leber offenbar durch die gallensauren Salze; die Leber kann zwar noch die Sekretion des Blutfarbstoffes, nicht aber mehr seine Umwandlung in Gallenfarbstoff bewirken.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

6. **R. Stierlin.** Blutkörperchenzählungen und Hämoglobinbestimmungen bei Kindern.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. p. 75.)

Die sehr umfangreiche Arbeit soll hier nur so weit berücksichtigt werden als neue Angaben in derselben enthalten sind. Verf. findet, dass das Verhältnis Blutkörperchenzahl : Hämoglobin (nach Gower's bestimmt) bei Kindern größer ist als bei Erwachsenen, was darauf hinweist, dass die einzelnen Blutkörperchen hämoglobinärmer sind. Ein absolut festes Verhältnis zwischen Blutkörperchenzahl und Hämoglobingehalt konnte S. weder bei Kindern noch bei Erwachsenen (unter normalen Verhältnissen) konstatiren; die individuellen Hämoglobin- und Blutkörperchenschwankungen findet S. nach eigenen und fremden Beobachtungen für Kinder und Erwachsene nahezu gleich groß. Die Angaben über den Blutkörperchenuud Hämoglobingehalt im Gefolge verschiedener Formen von Anämie bei Kindern, so wie über die Eisenwirknng bei Kindern stehen in Übereinstimmung mit dem über diesen Gegenstand Bekannten vom Erwachsenen. Für das Arsen konstatirt Verf. eine nicht unbedeutende Abnahme der Blutkörperchenzahl (nur 3mal wurde eine Zunahme derselben beobachtet), mit welcher die Abnahme des Hämoglobingehaltes nicht gleichen Schritt hält. Verf. spricht sich für eine gewisse Unabhängigkeit der Schwankungen beider Werthe von einander aus und glaubt hierin ein Argument für eine Wirkung des Arsens auf die blutbereitenden Organe finden zu können. Die Wirkung des Leberthrans bei Erwachsenen und Kindern findet S. analog der Eisenwirkung, aber weit schwächer als diese. Bezüglich Alkohol, Amylnitrit, Chloralhydrat, Kephir, Thymol, Chinin, Jodoform, Alkalien, Quecksilber und Blei werden eine Reihe von Angaben anderer Autoren zusammengestellt.

Bei der Untersuchung von »Ferienkindern« vor und nach einem (3wöchentlichen) Landaufenthalte auf Blutkörperchen und Hämoglobingehalt konnte eine entschiedene Zunahme der Körperchen, jedoch keine parallele Steigerung des Hämoglobingehaltes nachgewiesen werden. Bei 4 Kindern trat nach dreiwöchentlichem Landaufenthalte Abnahme des Hämoglobingehaltes ein, wahrscheinlich bedingt durch latente Krankheiten (Phthise, Skrofulose).

Löwit (Innsbruck).

---

7. **D. Torsellini.** Nota riassuntiva sull' uso della saccarina nell' alimentazione. (Laboratorio del Prof. Bufalini.)

(Riforma med. 1889. No. 228—231.)

Weil das Saccharin in Grammdosen, welche mehrere Tage hinter einander an Gesunde und Kranke verabreicht wurden, eine ersichtliche Störung oder Beschwerde nicht hervorrief, wurde es als eine durchaus unschädliche Substanz bezeichnet, welche in den kleinen, zur Versüßung von Nahrungsmitteln erforderlichen Mengen

ohne Bedenken gebraucht werden könne. Weil das Saccharin in anderen Versuchen eine Verzögerung der Speichelfermentwirkung, der Pepsinverdauung etc. bewirkt haben soll, hat man bei seinem Gebrauch Vorsicht empfohlen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass für die Beurtheilung der Schädlichkeit oder Unschädlichkeit einer Substanz so oberflächliche Erwägungen durchaus belanglos sind. Was die Verzögerung der Amylolyse durch Saccharin angeht, so hat er nachweisen können, dass dieser Körper die Fermentation des Amylum durch Speichel keineswegs beschränkt, dass im Gegentheil die Behinderung der chemischen Reaktionen auf Zucker durch den sauren Charakter des Saccharin Schuld an jenem Irrthum der Autoren ist. Auf die Magenverdauung sah T. das Saccharin an einer Hündin mit Magenfistel nur in großen Gaben verzögernd einwirken, während Gaben bis zu 0,5 g sie eher beschleunigten. Die Schädigung der Magenverdauung durch große Gaben führt er mit Rücksicht auf Kontrollversuche, in denen durch Salzsäure oder andere Säuren die Acidität des Mageninhaltes vermehrt und eine gleiche Verzögerung der chemischen Umwandlung herbeigeführt wurde, auf die Säurewirkung des Saccharins zurück, das, wie weitere Versuche zeigen, immerhin den Chemismus im Magen weniger beeinflusst als entsprechende (d. h. der Süßigkeit nach gleichwerthige) Zuckermengen. Auf die Pankreasverdauung übt nach T.'s Versuchen das Saccharin keine deutliche Wirkung. In der Galle wird Saccharin leicht gelöst (0,005 : 1 g Ochsengalle bei 25° C.), ohne die Alkalescenz der Galle früher zu tilgen als in der Koncentration von 0,12 : 20 ccm Galle. Die von Paul gefundene antiputride Kraft des Saccharin muss T. auf die Säurewirkung desselben nach seinen Versuchen beziehen; wird letztere nun durch die Galle neutralisirt, so ist natürlich die desinficirende Wirkung des Saccharins im Darm = 0. Die Hefegährung im Bier vermag Saccharin in stärkeren Mengen zu verzögern; da äquivalente Mengen von Schwefelsäure das Gleiche thun, so ist auch hierfür die Säurewirkung des Saccharin verantwortlich zu machen. Saccharin entfaltet zweifellos eine antifermentative Wirkung im Urin; aber sie beruht wiederum auf dem sauren Charakter der Substanz, weil sie vermisst wird, sobald die Acidität neutralisirt wird, und weil die gleiche Wirkung wie Saccharin äquivalente Mengen von Mineralsäuren ausüben. Die Säuregährung in der mit Saccharin versetzten Milch ist stärker als in den Kontrollproben von einfacher oder von schwach alkalisirter (durch Natr. bicarb.) Milch. Die putride Fermentation wird durch Saccharin verzögert, bezüglich gehemmt und zwar nach Maßgabe seiner Acidität. Am Schluss seiner Abhandlung setzt der Verf. weitläufig aus einander, dass das Saccharin nicht als Nährsubstanz, sondern nur als Würzmittel zu gelten hat und dass die vorliegenden Erfahrungen, so wie eigene Beobachtungen bisher keine Kontraindikation für seine Anwenduug in diesem Sinne geliefert haben.

G. Sticker (Köln).

8. **H. Smith.** Concussion of the spine in its medico-legal aspects.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. August. p. 181.)

9. **H. Judd.** The medico-legal aspect of concussion of the spine.

(Ibid. p. 188.)

S. macht auf die große Bedeutung aufmerksam, welche in neuerer Zeit die Diagnose Rückenmarkserschütterung erlangt und bringt einen Fall nach einer Besprechung der amerikanischen Entschädigungsverhältnisse, bei welchem nach Auszahlung der Entschädigungssumme schwere paralytische Erscheinungen sofort zurückgingen. Auch über einen Sektionsbefund, den Meigs erhob, berichtet er. Derselbe bestand im Wesentlichen in einer transversalen Myelitis mit sekundärer Degeneration, während eine Luxation oder Fraktur der Wirbelsäule sich nicht nachweisen ließ. Er kommt schließlich zu folgenden Schlusssätzen:

1) Das Vorkommen einer Rückenmarkserschütterung ist nicht zu bezweifeln, sie kann aber, abgesehen von einem Eisenbahnunfall, auch durch alle möglichen anderen Gewalteinwirkungen hervorgerufen werden.

2) Die pathologischen Veränderungen in der molekularen Struktur des Rückenmarkes bestehen nach solchen Unfällen, wenn paralytische Symptome sich zeigten, in Hämorrhagie, oder Erweichung, oder begrenzter Atrophie. Ist eine Hämorrhagie vorhanden, so lässt sich bei sorgfältiger Behandlung eine Besserung erzielen und eine bleibende Schwäche vermeiden.

3) Die Möglichkeit, dass schon vorher Neurasthenie oder Hysterie bestand, muss eben so wie die Möglichkeit, dass ein Betrug beabsichtigt wird, bei Stellung der Diagnose sorgfältig berücksichtigt werden.

4) Bei Beantwortung der Frage, ob es sich um einen dauernden krankhaften Zustand handelt, muss stets berücksichtigt werden, dass viele Fälle beschrieben sind, bei welchen 5 Wochen (ja in einem Falle noch nach 3 Jahren) nach dem Auftreten der paralytischen Erscheinungen Heilung oder deutliche Besserung beobachtet ist.

5) Kein Arzt soll vor Gericht an Eidesstatt versichern, dass eine Rückenmarkserschütterung vorhanden ist, bevor er sich überzeugt hat, dass eine Störung der normalen Funktionen des Rückenmarkes vorliegt und dass die Symptome bald nach dem Unfall eingetreten sind. —

Nachdem J. darauf aufmerksam gemacht, dass nach solchen Unfällen, bei welche eine Entschädigung nicht beansprucht werden kann, Simulation nicht vorkommt, theilt er 5 Fälle mit, bei welchen ohne weitere ärztliche Behandlung auffallend kurze Zeit nach Auszahlung der Entschädigungssumme Heilung eintrat.

A. Cramer (Eberswalde).

10. **Charcot.** Über sonderbare Ticanfälle.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 21. p. 327.)

Geringe Grade der »Tic«-Anfälle sehen wir fast alltäglich an den verschiedensten Personen, bei welchen die Anfälle sich bloß als brüske, unwillkürliche Bewegungen der Augenlider, des Halses, eines Armes etc. äußern, welche sich in regelmäßigen Intervallen wiederholen; diese Tics sind immer den normalen, zweckdienlichen Bewegungen ähnlich, sie beunruhigen die daran Leidenden sehr wenig oder gar nicht; nur sind solche Pat. wegen ihrer ungraziösen, überflüssigen Bewegungen auffällig. So harmlos nun auch ein solches Bild aussieht, so weist C. auf den doch ernsten Hintergrund der cerebralen Erkrankung hin. Das Bild sieht nicht immer harmlos aus, auch pflegt es nicht immer harmlos zu bleiben. Die Bewegungen werden heftiger und komplicirter, so dass ein Pat. C.'s seinen rechten Arm und die rechte Schulter 3—4mal in der Minute plötzlich und brüsk bewegt, als ob er mit seiner Hand eine drohende Verletzung des Gesichts abwenden wolle; manchmal ist diese Abwehrbewegung von einer analogen Bewegung des rechten Beines und von einem Zucken der rechten Gesichtshälfte begleitet. Manchmal traten in Begleitung solcher Ticanfälle inartikulirte oder deutliche Ausrufe auf, welche oftmals nicht harmloser Natur sind, sondern den Charakter der Coprolalie annehmen, bei welchem Symptom also ein Schimpfwort oder eine unfläthige Redensart dem Pat. entschlüpft. Alle solche Pat. gehören in die Kategorie der aus ihrem psychischen Gleichgewicht gebrachten, zumeist durch eine hereditäre Degeneration belasteten Individuen; mannigfache Beispiele sind als Beweise angeführt. **Prior** (Köln).

---

11. **Lawson Tait.** The surgery of the liver. Part I.

(Edinb. med. journ. 1889. Oktober.)

In einer offenbar ausführlicher angelegten Arbeit über die Chirurgie der Leber bespricht T. einige der wichtigsten Punkte dieses wichtigen Gebietes, auf welchem seine große Erfahrung und operative Meisterschaft allbekannt sind; er behandelt zunächst die operative Entfernung der Gallensteine durch Eröffnung der Gallenblase: Cholecystotomie.

In der Einleitung nimmt er Gelegenheit, seiner bekannten Verurtheilung der Vivisektion Ausdruck zu geben; er sagt, dass auf dem in Rede stehenden Gebiete der Chirurgie die Vivisektion nicht bloß keinen Nutzen, sondern geradezu Schaden gestiftet habe; die einzige Lehrmeisterin sei die klinische Erfahrung.

Was die Cholecystotomie anlangt, so ist dieselbe bereits von J. L. Petit gemacht und empfohlen, und wie es oft mit genialen Neuerungen geht, später wieder völlig vergessen, obwohl man hätte erwarten sollen, dass mit Einführung der Narkose die Operation weite Verbreitung finden würde. Der Erste, welcher in neuester Zeit

die Operation wieder ausführte, war Marion Sims; leider starb die von ihm (1878) operirte, bereits zuvor aufs äußerste entkräftete Pat. 8 Tage nach der Operation. Der nächste und zwar glücklich abgelaufene Fall wurde von T. selbst 1879 operirt. Die Operation war mit großen Schwierigkeiten verknüpft, weil außer einem frei in der Gallenblase vorhandenen und leicht zu entfernenden Steine noch ein zweiter im Ductus choledochus fest eingekeilt war; da dieser nicht ohne Weiteres extrahirt werden konnte, musste er erst zerkleinert werden. Verf. hat im Ganzen 55mal die Operation gemacht und 3 Kranke darunter verloren, jedoch keinen einzigen in Folge der Operation! Von den erwähnten drei Kranken war eine eine alte Frau, welche mehrere Wochen nach der Operation an Bronchitis zu Grunde ging, und zwei hatten vorher nicht diagnosticirte Lebercarcinome.

T. macht die Operation in der Weise, dass er nach Freilegung, Eröffnung und Ausräumung der Gallenblase dieselbe in die Bauchwunde einnäht. Dies ist entschieden die ungefährlichste Art zu operiren. Spencer Wells hat empfohlen, die Gallenblase nach der Entleerung der Steine sorgfältig wieder zu schließen und dann zu reponiren, ohne sie in die Bauchwunde einzunähen. Schon a priori erscheint dies bedenklich und die Praxis hat es bestätigt: so oft die Operation in der geschilderten Weise versucht wurde, hatte sie den Tod zur Folge; es kam immer zur Sprengung der Gallenblase und Eintritt von Galle in die Bauchhöhle.

Eben so verwirft T. entschieden Langenbuch's Vorschlag, die Gallenblase zu exstirpiren (Cholecystektomie); dies sei schon desswegen absurd, weil die Gallensteine nicht erst in der Gallenblase gebildet werden (eben so wenig wie die Blasensteine in der Harnblase), sondern wenigstens ihr Kern bereits in der Leber selbst resp. in den Gallengängen innerhalb der Leber.

Ein wirklicher Vorwurf, der in manchen Fällen gegen die Operation erhoben werden kann, ist der, dass Gallenfisteln zurückbleiben — wenn nämlich Steine in den großen Gallengängen festsitzen und nicht entfernt werden können. Indessen hat die Erfahrung gezeigt, dass Leute auch mit Gallenfisteln jahrelang ganz gut leben können. Außerdem aber kann man die Fisteln dadurch zur Schließung bringen, dass man zwischen der Gallenblase und einer benachbarten Darmschlinge eine Verbindung herstellt. **Küssner** (Halle).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Gläser** (Hamburg). Zwei ungewöhnliche Temperaturkurven.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 45. p. 921.)

Die erste Kurve bezieht sich auf einen 63 Jahre alten Mann, welcher fast 8 Wochen lang in Behandlung stand. Die Kurve hat bei oberflächlicher Betrach-

tung eine große Ähnlichkeit zu der Temperaturform der Febris intermittens quotidiana, aber bei näherer Betrachtung sieht man, dass zwar in je 24 Stunden ein Temperaturmaximum und ein Minimum sich abspielt, aber die Maxima sind zu niedrig, nur 1mal wird 40° C. erreicht, und die Minima liegen zu tief, so dass Temperaturgrade von 36° und selbst von 34,5 vorkommen und dadurch Temperaturdifferenzen bis zu 6° resultiren. Die Akme fiel nur zeitweise in die Vormittags- oder Mittagszeit. Chinin war auf die Temperaturminima von keinem Einfluss, auf die Maxima nur von geringem, selbst Dosen von 2 g sind ohne deutliche Einwirkung; unter 51 Fiebertagen sind nur 7mal Schüttelfröste aufzuzeichnen und zwar in der Art, dass am Tage nach der Aufnahme ein Frost auftrat, dann 32 Tage nicht und dann 6 Tage hinter einander; das Auftreten der Schüttelfröste schloss sich nicht an die Zeit der höchsten Temperaturen. Auch die anderweitigen Symptome der Intermittens fehlten vollkommen, nur ein einziges Mal ein Schweißstadium, keine Milzschwellung. Für Miliartuberkulosis, Endocarditis, Pyämie fanden sich keine Symptome, auch sprach schon dagegen die bis zum Ende anhaltende Euphorie; gegen eine Leukämie mit intermittirendem Fieber sprach die Blutuntersuchung. Über den Lungen war nur eine geringe Schallverkürzuug über den Spitzen nachweisbar, die Auskultation zeigte nichts Abnormes außer kleinblasigem Rasseln in der linken Supraclaviculargrube; hervorzuheben ist eine schmutzige Pigmentirung der Haut und der Schleimhaut des Mundes, welche während der Behandlung zunahmen. Bei der Sektion fanden sich in der linken Lunge einzelne Herde schiefriger Induration mit eingesprengten Konglomeraten obsoleter Tuberkel; in der Umgebung dieser Herde eine spärliche Aussaat frischer Tuberkel; nirgends eine Spur von Verkäsung; in einem schiefrigen Herde in der Spitze waren zwei bohnengroße, glattwandige Hohlräume mit etwas krümlich kalkigem Inhalte. Die linke Nebenniere war leicht geschwellt, die Substanzen nicht deutlich geschieden; makroskopische Veränderungen nicht zu konstatiren (die mikroskopische Untersuchung war leider unmöglich). Diese Befunde in der Lunge hält G. nicht für die Erklärung der Temperaturkurve für ausreichend, da es sich im Wesentlichen um längst abgelaufene Processe (schiefrige Induration) handelte und die sehr spärliche Tuberkelaussaat in deren Umgebung nicht zur Erklärung ausreiche, so dass die Ursache des Fiebers unbekannt sei.

Die 2. Beobachtung bezieht sich auf eine 28 Jahre alte Frau, welche mehr als 7 Monate lang anhaltend fieberte; das Fieber begann unter bedrohlichen Erscheinungen von Ödem, heftigem Nasenbluten, nächtlichen Schweißen, rapidem Kräfteverfall und Decubitus, führte dann zu einer, wenigstens subjektiv so vollständigen Genesung, dass die Kranke als wesentlich gebessert auf ihren Wunsch entlassen werden konnte. Konform mit dieser Fieberkurve beträgt die Pulszahl etwa 100, vereinzelt 138, und sinkt gegen Ende auf die normale Zahl. In den ersten Tagen des Aufenthalts im Hospital bot die Kurve das Bild der Continua um 40° C., dann schloss sich das Bild einer Remittens an mit allmählich zunehmendem Maximum, tiefem, selbst subnormalem Minimum und entsprechender Tagesfluktuation; dieselbe ist mehrgipfelig (2—3 Gipfel) mit steilen Anstiegen und Abfällen und geringen Exacerbations- und Remissionsbreiten. Während der ganzen 7monatlichen Fieberdauer bleiben vollkommene Euphorie und guter Appetit, daneben große Milz- und Leberschwellung. In den ersten Wochen bestand Ikterus, Anfangs auch vorübergehend Albuminurie, welche gegen Schluss der Beobachtung wieder auftrat und dann wohl der Ausdruck einer Nephritis war. Die Ursache für diese außerordentlich lange Fieberdauer ist dunkel. Interessant ist das Verhalten des Körpergewichtes. Nach 83 im Hospital verbrachten Fiebertagen (24. Oktober) beträgt dasselbe 35 kg, nach abermals 80 Fiebertagen (12. Januar) mit interkurrirendem Durchfall 35 kg; am 18. Januar nach 6tägiger Quotidiana mit 39°: 34 kg 700 g; am 1. Februar mit Quotidiana seit dem 18. Januar mit gleichem Maximum 35½ kg, am 18. Februar mit Quotidiana, wiederholt 39,5; seit 5 Tagen vor dem 18. Februar lytischer Abfall bis zur Norm an diesem Tage = 36 kg; am 3. März mit subfebriler und normaler Temperatur seit dem letzten Wägungstage 38 kg 900 g.

Prior (Köln).

13. **Renvers.** Über Pyrodin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 47.)

R. warnt auf Grund seiner Untersuchungen bei Menschen und Thieren vor weiteren Versuchen mit Pyrodin (Hydracetin, Acetylphenylhydrazin), da das Präparat ein direktes Blutgift ist und seine antithermischen Eigenschaften lediglich durch Zerstörung der rothen Blutzellen entfaltet. Außerdem hat es weder auf die Infektionskrankheiten irgend eine specifische Wirkung, noch kann es als Antineuralgicum verwendet werden.

Während im menschlichen Blute spektroskopisch kein Methämoglobin nachgewiesen werden konnte, zeigte sich dieses bei Vergiftungsversuchen an Thieren.

Seifert (Würzburg).

14. **v. Hösslin.** Fremdkörper der Lunge. Tod nach 35 Jahren durch chronischen Lungenabscess.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 49. p. 862.)

Im Jahre 1859 hat v. Rothmund in der deutschen Klinik den Verlauf eines Lungenabscesses beschrieben, welcher nach Aspiration einer Grasähre entstanden war; die Krankengeschichte von damals hebt hervor, dass der Pat. im Jahre 1853 damals 16 Jahre alt, beim Kauen einer Grasähre einen Erstickungsanfall bekam; nach einigen Tagen ohne wesentliche Beschwerden entwickelte sich ein Abscess der rechten Lunge, welcher durch die Bronchien entleert wurde und Pflanzenfasern enthielt; allmählich trat eine Verkleinerung der Abscesshöhle ein und nach mehrjähriger klimatischer Behandlung stellte sich die volle Gesundheit des Pat. wieder her. Der betr. Mann ist seitdem kräftig geblieben, machte den Feldzug gegen Frankreich 1870/71 ohne Beschwerden mit, nur ab und zu mahnten Schmerzen auf der rechten Brustseite, so wie manchmal blutig gefärbte und übelriechende Sputa an den geheilten Lungenabscess. Vor einem Jahre kam Pat. in Behandlung wegen Neuralgien in den unteren Extremitäten, welche sich als diabetischer Art entpuppten und bei passender Diät schwanden, eben so wie der Zucker im Harn; an den Lungen war keine Veränderung nachzuweisen, die unteren Lungengrenzen waren auch rechts verschiebbar, das Sputum enthielt hauptsächlich feinkörnigen Detritus, keine Tuberkelbacillen. Mehrere Monate später fühlte Pat. nach einem Schwimmbade stechende Schmerzen auf der rechten Seite, nahe der oberen Lebergrenze, am Tage darauf trat Fieber und Athemnoth ein, dann ein heftiger Erstickungsanfall, der in der Entleerung großer Massen putriden Auswurfes endigte. Nachweisbar war eine frische Infiltration in einem Theile des rechten Unterlappens mit Betheiligung der Pleura; 2 Tage nach Beginn dieses Processes wurde, in ein sehr stark riechendes Sputum eingebettet, ein kleiner Fremdköper ausgeworfen, welcher sich als Spelze der vor 35 Jahren aspirirten Ähre erwies. Das Fieber nahm zu, der Auswurf wurde fötid, einzelne Erstickungsanfälle traten auf, auch profuse Lungenblutungen und nach einer vorübergehenden Besserung steigerten sich alle Beschwerden, bis der Pat. in einer foudroyanten Blutung erstickte. Bei der Sektion fand sich der rechte Unterlappen in eine kaum faustgroße schwielige Masse umgewandelt; in ihm war eine kleine, kaum halbhühnereigroße, unregelmäßig zerklüftete Kaverne; dieselbe enthielt neben brandig riechendem Inhalte einen lose eingebetteten, mandelgroßen, ovalen Fremdkörper, dessen Hauptbestandtheil und Kern eine Ähre war von der Größe einer Bohne. Gegen die Lungenwurzel zu kommunicirte diese Kaverne direkt mit mehreren Bronchien. Es hat offenbar die Ähre 35 Jahre eingekapselt da gelegen und nach so langer Zeit zu einer Acscedirung der Lunge geführt, welcher der Kranke erlag. Eine Ursache für diese Abscessbildung dürfte wohl in dem Diabetes mellitus zu suchen sein, welcher die Entwicklung ulceröser und gangränöser Processe begünstigt.

Prior (Köln).

15. On intestinal obstruction.

(Diskussion in der Medico-chirurgical society in Edinburg.)

(Edinb. med. journ. 1889. November.)

Wie in der Dubliner Royal academy of medicine (vgl. d. Bl. 1889 p. 787) gab auch in der Edinburger Medico-chirurgical society letzthin die wichtige Frage

über Diagnose und Behandlung des Darmverschlusses Anlass zu lebhaften und zum Theil sehr interessanten Debatten. Es kann daraus natürlich nur das Wichtigste angeführt werden.

Der Ref., A. G. Miller, betonte zunächst die Schwierigkeiten der Diagnose und hielt besonders von diesem Standpunkte eine Trennung der Fälle in 1) ganz akute, 2) weniger akute und 3) chronische für angemessen. Die ganz akuten sind leicht erkennbar, sie entsprechen den frisch eingeklemmten Brüchen und sind charakterisirt durch: plötzlichen Schmerz, Übelkeit und Erbrechen, welches meist rasch fäkulent wird, Collapserscheinungen; wird nicht schnell Hilfe gebracht, so tritt binnen kurzer Zeit der Tod ein. Die chronischen Fälle sind im Allgemeinen ebenfalls leicht zu diagnosticiren; natürlich kommt es sehr auf die veranlassende Ursache an, die äußerst verschieden sein kann. Die größten Schwierigkeiten bieten diagnostisch die weniger akuten Fälle; es ist von größter Bedeutung, wenn man sie ganz im Anfange der Entwicklung zu sehen bekommt. Ferner hält es M. für äußerst wünschenswerth, dass möglichst früh ein Chirurg in solchen Fällen zugezogen werde, und dass nicht bloß der innere Arzt, dem dieselben doch meist zuerst zur Beobachtung kommen, die Entscheidung habe. In allen Fällen, wo Zweifel irgend welcher Art entstehen, ist der Pat. in Narkose zu untersuchen. Häufig bereitet die Wirkung verordneter Arzneimittel erst diagnostisch Schwierigkeiten, besonders diejenige von Abführmitteln; dieselben sind in der Regel schädlich, da sie die schon bestehenden Symptome verschlimmern und oft andere hervorrufen, die an sich nicht dem Krankheitsbilde zukommen. Auch Opium ist zuweilen sehr bedenklich, da es durch Beseitigung der Schmerzen und Collapserscheinungen falsche Hoffnungen erwecken und zum Aufschieben chirurgischer Eingriffe Veranlassung geben kann. Starker Meteorismus kann selbstverständlich eins der hinderlichsten Symptome für die Diagnose sein. Abwesenheit dieses oder jenes meist als typisch geltenden Symptoms kann gelegentlich bei der Diagnosenstellung irritiren; so z. B. kann bei Invagination Blutgehalt der Stuhlausleerungen fehlen; bei Sitz des Verschlusses im Dickdarm ist eventuell kein Erbrechen vorhanden etc. M. führt schließlich 5 Fälle von Darmverschließung an, an welchen er im Laufe der letzten 4 Jahre im Royal Infirmary die Laparotomie etc. machte; leider starben alle 5 nach kurzer Zeit. In 2 Fällen, die richtig diagnosticirt waren, handelte es sich um Invagination; in den drei anderen lag Verschluss an der Flexura sigmoid. vor, und in allen fehlte Erbrechen.

Affleck erwähnte, dass er in allen geeigneten Fällen chirurgische Hilfe erbeten habe, dass aber trotz richtiger Auffindung der verschlossenen Stellen am Darme kein einziges Mal Heilung erzielt sei; er habe sich immer lange mit der Frage herumgequält, ob der Chirurg nicht zu spät zugezogen sei — aber mehrfach sei gerade von chirurgischer Seite gerathen worden, mit der Operation noch zu warten. Eine Hauptschwierigkeit, die vorläufig wenigstens oft unüberwindlich sei, liege darin, dass man die Stelle des Darmverschlusses nicht genau diagnosticiren könne. Praktisch sei es jedenfalls von der größten Bedeutung, dass beim Eintritt von Erbrechen und, sobald am Darme keine Bewegungen sichtbar seien, chirurgisch eingegriffen werde.

Cathcart wies auf die Bedeutung der Art und der Lokalisation des Schmerzes hin. Schmerz in der Seite deute im Allgemeinen darauf, dass hier das Hindernis zu suchen sei; Schmerz, der quer über den Leib hin empfunden werde, berechtige nicht zu genauerer Lokalisation. Bei Invaginationen trete der Schmerz im Allgemeinen anfallsweise auf; bei sehr akuter Darmverschließung sei er fast immer konstant. Sehr plötzlicher Beginn des Schmerzes deute meist auch auf plötzliche Entstehung der Verschließung oder wenigstens darauf, dass die Verschließung, auch wenn sie sich längere Zeit vorbereitet habe, plötzlich absolut geworden sei. Es gebe ferner Fälle, in welchen Schmerz und Druckempfindlichkeit durchaus nicht immer in gleichem Grade vorhanden seien; die Berührung auf Druck könne sehr schmerzhaft sein, während spontan kein nennenswerther Schmerz be-

stehe, und umgekehrt. Druckschmerz spreche im Großen und Ganzen für Peritonitis; auch lokale Muskelkontraktionen seien diagnostisch in demselben Sinne zu verwerthen. Erbrechen komme stärker und anhaltender jedenfalls bei Verschluss des Dünndarmes vor, sei bei Verschließung des Dickdarmes entschieden geringer. Ferner könne er (A.) die Ansicht von Spence durchaus bestätigen, dass ein relativ »mildes« Erbrechen, d. h. ohne Anstrengung und Würgen, ein sehr schlimmes Symptom sei; er habe gerade derartige Fälle nie genesen sehen.

Russell betonte, dass es für viele Fälle unmöglich sei zu entscheiden, ob wirklich schwere Symptome (der Darmverschließung) sich entwickeln würden. Oft liege die Sache so, dass länger dauernde Verstopfung da sei, auch lokaler Schmerz, Übelkeit oder selbst Erbrechen, und dass nach dreister Anwendung von Abführmitteln Genesung eintrete — es handle sich dann meist nur um starke Kothanhäufung. Öfters aber komme es in so beginnenden Fällen auch zu wirklicher Darmverschließung.

Küssner (Halle).

16. **N. Moyer.** Insanity proceeding from the colon.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1889. August 17.)

Verf. beschreibt, zum Theil ausführlich, 4 Fälle, bei welchen in Folge von Kothstauung eine erhebliche Störung der Geistesthätigkeit mit fast deliranten Zuständen zur Entwicklung gekommen war. Ausgiebige Entleerung des Darmes führte in allen Fällen prompte Heilung herbei. Abgesehen von der schon von Schröder v. d. Kolk aufgestellten Hypothese, dass derartige Erkrankungen als »Reflexpsychosen« zu betrachten seien, glaubt M., dass die während der Kothstauung im Blute cirkulirenden Ptomaine einen nicht unbeträchtlichen Antheil an der Entwicklung derartig abnormer Geisteszustände haben.

A. Cramer (Eberswalde).

17. **H. Rieder.** Chorea minor congenita bei Idiotismus. (Kasuistische Mittheilung a. d. Ambulatorium d. med.-klin. Instituts zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 35.)

26jährige Pat. leidet seit ihrer Geburt an unwillkürlichen Muskelzuckungen, geistige Entwicklung war von Anfang an träge, ist nicht völlig ausgereift. Bei der poliklinischen Untersuchung werden beständige Unruhe des Körpers und unaufhörliche zwecklose Muskelzuckungen beobachtet, intellektuelle Fähigkeiten herabgesetzt, Sprache stotternd, Gehvermögen mangelhaft. Der Fall gehört zu der sogenannten Huntington'schen Chorea hereditaria. Wichtig ist der Umstand, dass die Mutter der Pat. während der Gravidität über einen mit Muskelzuckungen behafteten Menschen sehr erschrocken sei. »Psychisches Kontagium«?

Honigmann (Gießen).

18. **v. Krafft-Ebing.** Eine Diagnose auf Tumor in der Großhirnschenkel-Haubenbahn.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 47.)

Eine 41jährige Tagelöhnersfrau aus gesunder Familie, die selbst niemals schwer krank war und nur seit dem Herbst 1887 an Schwellung der rechten Halsdrüsen litt, kam Anfang December 1888 in die Grazer Nervenklinik. Einige Wochen vorher hatte sie plötzlich ein Gefühl von Schwere in den Beinen bekommen; ferner stellte sich hartnäckiger Kopfschmerz ein. Pat. hatte ein Gefühl in der Stirngegend, als ob siedendes Wasser herumlaufe, Sausen und Läuten im rechten Ohr, empfand Schwindel, Schwäche in der rechten Oberextremität, reißende Schmerzen in dieser und im rechten Bein, Schütteltremor in rechter Ober- und Unterextremität bei kaltem Luftzug und bei Bewegungen, Doppelsehen und beiderseitige Ptosis, jedoch schwand die des linken Auges schon am folgenden Tage.

Status bei der Aufnahme: Pat. mittelgroß. Rechte Schädelhälfte auf Perkussion sehr empfindlich. Auf dem rechten Auge Lähmung sämmtlicher innerer und äußerer Zweige des N. oculomotorius bei Unversehrtheit der Leistungen des

N. abducens und trochlearis. Pupillenweite 4,5 mm. Einschränkung des Gesichtsfeldes auf der rechten nasalen Hälfte. Pupille des linken Auges eng, auf Licht accommodativ reagirend. Sehvermögen intakt, Gesichtsfeld nach keiner Richtung hin eingeschränkt. Leichte Verschleierung der Papille beiderseits. Geruchssinn erloschen, sonst sämmtliche Hirnnerven intakt.

Rechte Oberextremität: Grobe Muskelkraft etwas vermindert. Einzelbewegungen normal. Hyperalgesie. Nervenstämme empfindlich. Tiefe Reflexe enorm gesteigert bis zu Schüttelkrampf. Nirgends Sensibilitätsausfall.

Linke Oberextremität: Normale Muskelkraft, ausgesprochene Ataxie, kein Intentionszittern, tiefe Reflexe schwach. Sensibilität normal.

Rechte Unterextremität: Grobe Muskelkraft etwas herabgesetzt. Einzelbewegungen erhalten. Das Bein wird beim Gehen etwas nachgezogen. Enorme Steigerung der tiefen Reflexe. Hyperalgesie. Sensibilität normal. Muskeltonus gesteigert, Muskelbewusstsein intakt.

Linke Unterextremität: Bei normaler Muskelkraft und Einzelbewegung besteht hochgradige Ataxie. Patellarreflex normal. Beklopfen der linken Tibia ruft Schütteltremor hervor.

Bauchdeckenreflex beiderseits vorhanden, rechts gesteigert. Die rechtsseitigen Halsdrüsen bis bohnengroß geschwellt, nicht hart. Lues nirgends nachweisbar. Harn normal. Puls konstant über 100. Abendliche subfebrile Temperaturen.

Die Diagnose wurde auf Tumor in dem rechten Großhirnschenkel mit vorwiegendem Sitze in der Haubenregion gestellt.

Der Exitus erfolgte unter Zunahme der Lähmungs- und Ausfallserscheinungen ca. 10 Wochen nach der Aufnahme. Die Sektion ergab: Beim Durchschneiden des rechten Großhirnschenkels knapp vor seiner hinteren Grenze am vorderen Rande des Pons varoli im Bereiche des hinteren Vierhügels erkennt man, dass die ganze Haubenportion bis auf ein schmales Feld nächst der Substantia nigra ersetzt wird durch einen Knoten von 13 mm Breite und 11 mm Höhe. Derselbe erstreckt sich bis dicht an die Mittellinie zwischen den beiden Hauben. Derselbe besteht peripher aus grauvioletter, zäher, sonst aus harter, morscher, gelbkäsiger Substanz und erweist sich bei histologischer Untersuchung als echter Tuberkel. Es fand sich auch chronische Tuberkulose der Lymphdrüsen und frische Lungentuberkulose.

Wegen der Wichtigkeit, welche Hirntuberkel, speciell solitäre, für das Studium der Funktion bestimmter Hirntheile haben können, haben wir diesen interessanten und genau beobachteten Fall ausführlich referirt.

M. Cohn (Berlin).

19. v. Krafft-Ebing. Zur Kenntnis der primären Rückenmarksblutung (Hämatomyelie).

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 49.)

Bezugnehmend auf die Veröffentlichung Leyden's im 13. Bande der Zeitschrift für klin. Medicin, in welcher derselbe auf die Seltenheit einschlägiger Beobachtungen hinweist und auf Wesen und klinische Erscheinungen der Hämatomyelitis näher eingeht, schildert K.-E. 2 von ihm behandelte Fälle:

I. 64jähriger gesunder Tagelöhner aus gesunder Familie bemerkte 4 Jahre vor seiner Aufnahme plötzlich eines Morgens Ameisenkriechen im linken Bein, zu dem sich heftiger, stechender, vom Fuß ausgehender und sich bis zur Hüfte erstreckender Schmerz gesellte. Nach einer Viertelstunde fiel Pat. um. Der Schmerz war nun weg, aber das linke Bein bis auf schwache Beuge- und Streckbarkeit im Knie gelähmt. Sensibilität sehr herabgesetzt, Incontinentia urinae et alvi. Nach 14 Tagen besserte sich der Zustand so weit, dass Pat. wieder nothdürftig gehen konnte. Gleichzeitig bemerkte er fortschreitende Abmagerung im linken Bein. Dieser Zustand blieb in den letzten Jahren ziemlich stationär, jedoch funktionirten die Sphincteren wieder leidlich und besserte sich die Gehfähigkeit so, dass Pat. mit einem Stock ziemlich weit gehen konnte.

Stat. praes.: Pat. groß, kräftig, gut genährt. Funktion der Gehirnnerven,

der oberen Extremitäten und der linken Unterextremität ganz normal. Der Sphincter ani ist sufficient, der der Blase nicht vollkommen. Erektionsschwäche.

Linke Unterextremität: Muskulatur der Hinterbacke sehr abgemagert, bietet fibrilläre Zuckungen und sehr herabgesetzten Muskeltonus. Streckung, Abduktion und Rotation nach außen im Hüftgelenk ungenügend; im Kniegelenk alle Bewegungen gut ausführbar; Fußgelenk und Zehen unbeweglich. Patellarreflex beiderseits gleich, nicht gesteigert; kein Achillesreflex; der plantare Reflex fehlt links.

Das linke Bein ist im Umfange reducirt. Einfache taktile Reize allenthalben richtig lokalisirt und empfunden. Für thermische Reize, so wie für Schmerz ist die Sensibilität im Bereiche des Unterschenkels, der Beugeseite des Oberschenkels und der Glutäalgegend herabgesetzt.

Faradische und galvanische Erregbarkeit im Gebiete der Glutaei minimal, im Obturatorius und Cruralis leicht herabgesetzt; im Peroneus und Tibialis nur bei direkter faradischer Reizung schwache Zuckung erzielbar.

Die Haut kühl und livid verfärbt, im Bereich des Unterschenkels und Fußes noch verdickt und glänzend.

Therapeutische Maßnahmen blieben erfolglos.

II. 28jährige gesunde Fabrikarbeiterin hebt einen schweren Maschinenbestandtheil in die Höhe und fühlt noch während des Hebens plötzlich einen sehr heftigen, gürtelartigen Schmerz in der Höhe des Epigastriums. Bald darauf stellte sich intensiver, brennender Schmerz im unteren Drittel des linken Unterschenkels ein, der sich aufwärts bis zur Hüfte erstreckte. Sofort hatte sie ein Gefühl von Schwäche und Eiseskälte im linken Bein und fiel zu Boden. Man rieb das Bein, wobei sie bemerkte, dass sie in demselben kein Gefühl mehr hatte. Vom Momente des Hebens der Last bis zum Hinstürzen sollen etwa 4 Minuten vergangen sein.

Bei der am Abend des Tages erfolgenden Aufnahme fanden sich bei der mäßig kräftigen, anämischen Person nur Störungen in der linken Unterextremität. Die grobe Muskelkraft derselben ist herabgesetzt, die Bewegungen verlangsamt, jedoch sind alle Einzelbewegungen ausführbar. Muskeltonus nicht herabgesetzt. Patellarreflex deutlich; kein Achillesreflex, kein Fußklonus. Der epigastrische und Bauchdeckenreflex fehlt rechterseits. Der Plantarreflex fehlt. Keine vasomotorischen Störungen.

Sensibilität mit Ausnahme der Innenseite des Oberschenkels, wo nur Herabsetzung besteht, für alle Qualitäten der Empfindung aufgehoben. Muskulatur und Nervenstämme bei Druck schmerzhaft. Im Gebiet der Sensibilitätsstörung besteht Parästhesie im Sinne von Kriebeln. Passive Bewegungen werden in allen Gelenken, mit Ausnahme der Zehengelenke, wahrgenommen.

In diesem Falle gelang es durch Bettruhe, Darreichung von 0,5 Extr. Secal. corn. aquos. und 0,05 Extr. Belladonnae pro die, so wie später schwache Galvanisation der Wirbelsäule in einem Monate vollständige Heilung zu erzielen.

M. Cohn (Berlin).

20. **Gleitsmann** (New York). Zwei seltene Fälle von Halsneurosen.

(Med. Monatsschrift 1889. Oktober.)

Im ersten Falle handelte es sich um die Erscheinungen der Pseudobulbärparalyse bei einem 45jährigen Manne, bestehend in näselnder Sprache, Schwierigkeiten beim Schlucken, Regurgitiren der Speisen in die Nase. Objektiv nachweisbar war eine Paralyse des weichen Gaumens, Relaxation des Trommelfelles. Auf welcher Ursache diese Facialislähmung bestand, die nach $2^1/_2$ Monate langer Dauer wieder zurückging, konnte nicht entschieden werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 43jährigen kräftigen Mann, bei welchem Hustenanfälle mit nachfolgender Bewusstlosigkeit (Vertigo laryngis) offenbar ihre Ursache in einer Hypertrophie der Zungentonsillen hatten; denn nach lokaler Behandlung blieben die Anfälle aus. **Seifert** (Würzburg).

21. **Weichel.** Zur Kasuistik der Wirkung des Erysipels auf bösartige Geschwülste.

Inaug.-Diss., Berlin, 1889.

Ein 58jähriger Mann litt in Folge einer vor 15 Jahren erworbenen Gonorrhoe an einer Striktur, welche starke Beschwerden bei der Urinentleerung verursachte. Im Mai 1887 Blutungen aus der Harnröhre, Anschwellung der Glans penis und der Inguinaldrüsen, am Dorsum penis mehrere kleine Knoten. Amputatio penis auf der Klinik von Bardeleben und Entfernung der regionären Lymphdrüsen. Heilung. 6 Monate später Recidiv des Carcinoms. Excision der erkrankten Partien. Guter Wundverlauf. $2^1/_2$ Monate darauf neues Recidiv, Blutung aus der in der Leistengegend vorhandenen Wunde. Mehrere Wochen später entstand spontan ein starkes Erysipel vom Scrotum ausgehend über der ganzen linken Leistengegend und linkem Bein mit hohem Fieber. Bereits in den ersten Tagen des Auftretens des Erysipels hörte das Carcinom zu wachsen auf, die krebsigen Massen stießen sich in etwa 3 Wochen ab, das Allgemeinbefinden des Pat. besserte sich. Neuer Ausbruch des Carcinoms wurde nicht beobachtet. Leider ging Pat. an einer plötzlichen Blutung aus der linken Leistenwunde zu Grunde. Bei der Sektion erwiesen sich Herz, Nieren, Leber, Milz und Magen gesund. In der linken Inguinalgegend tiefe Ulceration mit ziemlich guten Granulationen. In der Tiefe der Geschwürsgegend narbenartige Bindegewebsneubildung, die strahlig die krebsig infiltrirten Drüsen umgab.

Jedenfalls ist also die Impfung des Erysipels in der Therapie der bösartigen Geschwülste mit in Betracht zu ziehen. **G. Meyer** (Berlin).

22. **E. Lexer.** Beitrag zur Beurtheilung des Werthes der verschiedenen Quecksilberpräparate in der Syphilistherapie.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

Verf. hatte die Absicht, das während der Jahre 1880—1889 in der Würzburger Syphilisklinik zur Beobachtung gekommene Material zu statistischen Untersuchungen über das Verhältnis der Recidive der Syphilis zu den einzelnen Hg-Präparaten zu benutzen. Wie schwer eine derartige Aufgabe zu lösen ist, wird Jeder ermessen können, der sich mit der Frage näher beschäftigt hat. Desshalb können die hier gefundenen Daten auch keinen Anspruch auf absolute Gültigkeit machen. Wir sehen von einer Wiedergabe der für die einzelnen Hg-Verbindungen gegebenen Procentsätze der Recidive ab und begnügen uns nur damit, hervorzuheben, dass auch nach diesen Erfahrungen die Einreibungen noch immer die wirksamste Kur darstellen, die Recidive betrugen nur 9%. Trotzdem uns dieser Procentsatz etwas zu niedrig gegriffen scheint, stimmen wir mit dem Verf. in seiner Schlussfolgerung vollkommen überein, dass die Inunktionen mit grauer Salbe immer noch die sicherste Gewähr für Heilung und möglichst große Verminderung der Recidive bieten. **Joseph** (Berlin).

Berichtigung.

In No. 6 d. Centralbl. ist in der Original-Mittheilung von Kaempfer »Ein seltener Fall von Jodexanthem« auf p. 98 Zeile 13 von oben statt »zweistündlich 1 Esslöffel« zu lesen: »dreimal täglich ein Esslöffel«.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. **Sonnabend, den 17. Mai.** **1890.**

Inhalt: 1., 2. **Roger**, Einfluss der Stoffwechselprodukte von Bakterien auf Immunität und Empfänglichkeit gegen Infektion. — 3. **Koettnitz**, 4. **Thomson**, Peptonurie in der Schwangerschaft und im Wochenbett. — 5. **Häberlin**, Verbreitung und Ätiologie des Magenkrebses. — 6. **Uhthoff**, Augenstörungen bei multipler Sklerose. — 7. **Gilles de la Tourette** und **Cathelineau**, Stoffwechsel bei Hysterie. — 8. **Strümpell**, Tabes, progressive Paralyse und Syphilis. — 9. **Bulkley**, Syphilisinfektion. — 10. **Neumann**, Prophylaxe der Syphilis.

Bohm, Ein Fall von außergewöhnlicher Pulsverlangsamung. (Original-Mittheilung.)

11. **Laveran**, Malariaplasmodien. — 12. **Vaillard**, Typhusinfektion. — 13. **Kronfeld**, Quecksilberausscheidung. — 14. **Schäffer**, Herpes zoster. — 15. **Touton**, Zoster femoralis nach Salicyl-Quecksilberinjektion. — 16. **Schuster**, Fußgangrän in Folge von Syphilis. — 17. **Lenoir** und **Tavernier**, Syphilisbehandlung. — 18. **Armstrong**, 19. **Brothers**, Larynx-Intubation. — 20. **Hinkel**, Larynxsymptome bei Lithämie. — 21. **Rohr**, Hirnverletzung. — 22. **Bourneville** und **Pilliet**, Athetose. — 23. **Hirschberg**, Ägypten als klimatischer Kurort.

1. **Roger.** De quelques causes qui modifient l'immunité naturelle.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 27. p. 476.)

Das Kaninchen, welches für gewöhnlich sich refraktär gegen Rauschbrand erweist, verliert diese Immunität, wenn man ihm Rauschbrandbacillen einimpft, denen Kulturen von Staphylococcus pyogen. aureus, von Proteus vulgaris und besonders von Bacillus prodigiosus beigemengt sind. Man kann jedoch das Kaninchen auch gegen dieses Gemenge wieder immun machen, indem man ihm 2mal je 0,02 g Rauschbrandpulver, in 1 ccm sterilisirtem Wasser aufgeschwemmt, in 1wöchentlichem Intervall intravenös injicirt.

Mit sterilisirten Kulturen von Prodigiosus oder ihren wässrigen Extrakten erreicht man dasselbe wie mit den virulenten Kulturen. Die Krankheit entwickelt sich beim Kaninchen in noch viel stärkerem Grade, wenn man den Prodigiosus oder seine Produkte nicht zu-

sammen an derselben Stelle mit dem Rauschbrandbacillus einimpft, sondern an einer ganz anderen Körperregion, oder wenn man ihn gar intravenös in den Organismus einführt. Die Kulturen von Prodigiosus allein führen, wie zahlreiche Kontrollversuche ergeben, nur ein ganz leichtes Unwohlsein der Kaninchen herbei.

Auch die Immunität der Taube konnte R. auf diese Weise besiegen.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

2. **Roger.** De la production par les microbes pathogènes de substances solubles, qui favorisent leur développement.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 30. p. 550.)

Vom rein physiologischen Standpunkte aus kann man die Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen in 2 Gruppen eintheilen, je nachdem sie toxische oder vaccinatorische Eigenschaften besitzen.

Außerdem aber können die Mikroorganismen noch Stoffe hervorbringen, die ihre, der Erzeuger eigene Fortentwicklung außerordentlich begünstigen.

Als R. Rauschbrandbacillen Kaninchen, die bekanntlich gegen diese Krankheit immun sind, Zwecks anderer Versuche, in die vordere Augenkammer einbrachte, war er nicht wenig erstaunt, als er die Thiere nach 18—40 Stunden zu Grunde gehen sah. Bei der Autopsie fand sich eine röthliche, mit Gasblasen untermischte Schmiere in der vorderen Augenkammer, der Glaskörper war mit einer sanguinolenten Flüssigkeit durchtränkt, an der Gehirnbasis ein sanguinolentes Exsudat. Angesichts dieser Thatsache muss man nach R. annehmen, dass bestimmte Produkte des Bacillus entweder lokal den Boden verändern, schwächen, oder dass dieselben in die Blutbahn gelangen, das ganze Thier ungünstig beeinflussen und es seiner Immunität gegen den Rauschbrand verlustig gehen lassen. Um diese Frage zu entscheiden, impfte R. Kaninchen gleichzeitig in die vordere Augenkammer und in die Muskulatur des Oberschenkels. Die Thiere starben alle, am Oberschenkel war ein typischer Rauschbrandtumor zu konstatiren. Der ausgepresste und sorgfältig filtrirte Saft der kranken Muskeln dieser Thiere hatte bei intravenöser Injektion von 1—1,5 ccm pro Kilogramm Thier (erst 4,5 ccm pro Kilogramm intravenös injicirt wirken nach Roux toxisch für Kaninchen) genau dasselbe Ergebnis; auch jetzt hatten die Thiere ihre Immunität gegen eine gleichzeitig mit Rauschbrand erfolgende Impfung eingebüßt. Die Resultate sind also absolut gleich denen, welche man erhält, wenn man Rauschbrand und zu gleicher Zeit Bacillus prodigiosus oder seine Stoffwechselprodukte Kaninchen injicirt. In beiden Fällen ist jedoch die krankhafte Prädisposition nur von kurzer Dauer, sie verschwindet bereits im Verlauf von 24 Stunden.

E. Levy (Straßburg i/E.).

---

3. **Koettnitz** (Zeitz). Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 44—46.)

I. Peptonurie.

Seine Behauptung, dass Peptonurie nur in denjenigen Fällen von Schwangerschaft, in denen die Frucht abgestorben und macerirt sei, vorkomme, nimmt K. hier zurück, indem er, gestützt auf 31 Fälle von Gravidität mit etwa 140 Harnanalysen seine Meinung dahin zusammenfasst, dass Peptonurie in der Schwangerschaft stets beim Tode und der Maceration der Frucht aufzutreten scheint und für diesen Zustand unter gewissen Bedingungen ein werthvolles Symptom abgeben kann, hier also als pathologisches Vorkommnis betrachtet werden muss, dass sie aber auch, wenn auch vereinzelt, bei gesunden Schwangeren mit lebender Frucht in Erscheinung treten kann, als Ausdruck eines rein physiologischen Vorganges. Für die physiologische Schwangerschaftspeptonurie handelt es sich nicht um einen Zerfall von Eiweißelementen, welche zur Resorption kommen und dadurch Peptonurie erzeugen, sondern um Resorptions- und Diffusionsvorgänge bei der Bildung und Erhaltung des Fruchtwassers, weil im Fruchtwasser nach K. Propepton und Pepton vorkommt, so dass das Eintreten der Peptonurie zur Möglichkeit und unter gewissen Bedingungen zur Thatsache wird. In einem Falle von totaler Blasenmole fand sich Peptonurie; die Blasen selbst enthielten Spuren von Mucin und Albumin, reichliche Mengen von Propepton, dagegen Pepton nur in den minimalsten Quantitäten.

II. Das Fruchtwasser und seine Eiweißstoffe.

Die qualitative Zusammensetzung des Fruchtwassers wird übereinstimmend angegeben als bestehend aus Salzen, in ähnlicher Zusammensetzung wie im Blutserum, Harnstoff, Kreatinin und Eiweiß, daneben aus Wollhaaren und Epidermisschuppen. K. hatte Gelegenheit, ein ganzes junges Ei, das auf $2^1/_4$—$2^1/_2$ Wochen zu taxiren ist, zu untersuchen; die Größe des Eies war etwa 16 mm, die Embryoanlage etwa 4,3—4,5; die Eiblase enthielt eine klare, ins Gelbliche spielende, dickliche Flüssigkeit von neutraler Reaktion: an Eiweißstoffen fanden sich neben dem gewöhnlichen Serumalbumin und Globulin Propepton. Unter 5 Untersuchungen von Fruchtwasser reifer Früchte fanden sich neben Serumalbumin und Globulin 4mal Propepton und Pepton, 1mal nur Globulin. Dieser Befund von Propepton und Pepton könne die Vermuthung erwecken, dass dem Amnioswasser die Bedeutung einer ernährenden Flüssigkeit zukommt. Die Möglichkeit der Peptonurie in der normalen Schwangerschaft sucht K. darin zu erkennen, dass bei dem Bildungs- und Erhaltungsvorgang des Fruchtwassers ein Diffusionsstrom von der Mutter zum Kinde resp. Eihöhle und umgekehrt vorhanden sei; findet sich im Fruchtwasser ein Plus von Eiweiß, ein Minus von Wasser, so wird

von der Mutter ein Zufluss von Wasser, nach der Mutter ein Rückfluss von gelöstem Eiweiß stattfinden. **Prior** (Köln).

---

4. **H. Thomson** (Dorpat). Über Peptonurie in der Schwangerschaft und im Wochenbett.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Fischel hatte gezeigt, dass fast konstant bei Wöchnerinnen am zweiten und dritten Wochenbettstage, aber auch später noch bis zum 10. Tage Peptonurie vorkomme, und dass auch während der Gravidität etwa bei jeder vierten Schwangeren Pepton, wenn auch nur in geringer Quantität, nachzuweisen sei. Im Gegensatz zu dieser Lehre hatte Köttnitz die Peptonurie in der Schwangerschaft als ein pathognomonisches Symptom bezeichnet, weil die Peptonurie im Verlaufe der Schwangerschaft nur dann auftrete, wenn die Leibesfrucht abgestorben und macerirt sei, also bei normaler Schwangerschaft nicht vorkomme. Fischel hat bereits diese Ansicht zurückgewiesen. Den Streit zu schlichten, bezweckt T.'s Arbeit; er bediente sich einer neuen Methode, welche E. Stadelmann ihm angab, zum Nachweis der Peptonurie. Diese Methode besteht im Wesentlichen in Folgendem: In dem mit dem Katheter entleerten und filtrirten Harne wird zunächst durch Essigsäure und Ferrocyankalium die Abwesenheit von Albumosen festgestellt und dann die Biuretprobe ausgeführt; waren im Harn Albumosen nachweisbar, so wurden dieselben vor Anwendung der Biuretprobe durch einen Überschuss von neutralem schwefelsaurem Ammon abgeschieden. Um aber Peptone auch in geringerer Menge zu bestimmen (die Biuretprobe vermag Peptone in einer mit neutralem schwefelsaurem Ammon gesättigten Lösung von 1 : 5000 nachzuweisen), wurde der Harn im warmen konstanten Wasserbade von 40° C. im Verlauf von 24 Stunden bis auf etwa $^1/_{10}$ des ursprünglichen Volums eingedampft; zum Versuche wurden 500 ccm Harn genommen, die also auf 50 ccm eingeengt wurden; zum Auftreten der Biuretreaktion mussten diese ca. 0,01 Pepton enthalten. Beim Eindampfen sind höhere Temperaturen zu meiden, weil bei stärkerem Erhitzen in sauren Lösungen sich sehr leicht aus Eiweißsubstanzen weitere Produkte der Albumosengruppe bilden können und andererseits der Farbstoff eine sehr starke Bräunung erfährt, welche die Untersuchung stört. Der eingedampfte Harn wird mit neutralem schwefelsauren Ammon übersättigt, um mit Sicherheit alle Albumosen auszuscheiden und das Filtrat vermittels der Biuretreaktion auf Peptone untersucht. Die Entfärbung des stark gefärbten Harnes wird durch Thierkohle bewirkt. Unter Beobachtung kleiner Kautelen hält Stadelmann diese Methode für eine äußerst exakte, mit welcher man selbst Spuren von Pepton im Harn nachweisen kann; sie ist außerdem leicht auszuführen. T. hat nun den Harn von 8 Schwangeren, von denen 4 mit lebenden und 4 mit abgestorbenen macerirten Früchten gravid waren,

untersucht; weiterhin den Harn von 3 Kreißenden und endlich von 12 Wöchnerinnen vom 2. bis zum 6. Wochenbettstage. Bei den 8 Schwangeren fand sich bei mehrfachen Untersuchungen kein Pepton; bei den 3 Kreißenden enthielt der Harn 2mal kein Pepton, 1mal fand sich solches; zugleich hatte die Kreißende übelriechenden Ausfluss und enges Becken; hier fand sich neben dem Pepton Albumose. Von 11 normalen Wöchnerinnen hatten 3 Pepton am 2. bis 3. Wochenbettstage, später nicht konstant; bei der obigen Kreißenden kam Pepton und etwas Albumose an allen Wochenbettstagen vor; diese Person starb im Wochenbett an akuter gelber Leberatrophie. Als Resultat lässt sich also ersehen, dass die Peptonurie kein Symptom für todte und macerirte Früchte ist, sie ist überhaupt für die Gravidität nicht charakteristisch, sie kann aber im Wochenbett vom 2. Tage an vorkommen, ist aber nicht konstant anzutreffen.

Prior (Köln).

---

5. **H. Häberlin.** Über Verbreitung und Ätiologie des Magenkrebses. Neue diagnostische Hilfsmittel bei Magenkrebs. (Aus der med. Klinik zu Zürich.)

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. Hft. 5 u. 6. Bd. XLV. Hft. 3 u. 4.)

In einer sehr ausgedehnten Arbeit hat H. zunächst die statistischen Momente für Ursache und Verbreitung des Krebses an dem Material der Schweiz aus den letzten 10 Jahren einer Übersicht unterzogen, ohne allerdings auf diese Verhältnisse irgend welches bemerkenswerthes, geschweige denn neues Licht zu breiten; es sei denn die etwas befremdliche Wahrnehmung, dass »durch den Konsum von Apfelwein und saurem Wein die Disposition zum Magencarcinom erhöht zu werden scheine«. Die Bedeutung der Heredität wird bestätigt (8% der Magenkrebskranken hatten an Carcinomatose zu Grunde gegangene Eltern), der Zusammenhang mit Ulcus in 7,2% mit Sicherheit, in 3% mit Wahrscheinlichkeit angenommen, schließlich ein Entstehen des Krebses »auf dem Boden einer chronischen Gastritis« gleichfalls als wahrscheinlich hingestellt. Überraschender dürfte die Mittheilung sein, dass der schlechte Zustand der Zähne »zum Theil indirekt für die hohe Mortalität an Magenkrebs verantwortlich zu machen sei«. Hinsichtlich der direkten histologischen Entstehung schließt sich der Verf. im Allgemeinen den Waldeyerschen Anschauungen an, wonach die Disposition zur Krebsentwicklung sich im Laufe der Jahre durch entzündliche Lockerung des Bindegewebes unter gleichzeitiger Epithelwucherung einstellt; er nimmt dabei mit Hauser an, dass nothwendig hiermit eine Alteration des Gefäßsystems einhergehen müsse, was er auch durch den statistischen Beleg von 68 Notirungen von Gefäß- oder Herzerkrankung bei 45 seiner Sektionsprotokolle stützt.

Bei den »neuen diagnostischen Hilfsmitteln« beschäftigt sich Verf. vor Allem mit den Sekretions- und Resorptionsverhältnissen.

Auch hier kann nicht gesagt werden, dass er Neues oder wenigstens Altes in neuer Form bringt, im Gegentheil, er rennt nur offene Thüren ein und wendet sich gegen alte, schon genug widerlegte oder zurückgenommene Anschauungen. Augenblicklich wird wohl von allen Autoren der Mangel der Farbstoffreaktionen im Safte krebskranker Mägen in gleicher Weise diagnostisch verwerthet, ohne als für die Krebsdiagnose specifisch angesehen zu werden. Die neuere Litteratur über diesen Punkt scheint dem Verf. völlig entgangen zu sein. Eben so verhält es sich mit der Würdigung der Resorptionsverlangsamung. Schließlich hat Verf. den Hämoglobingehalt mit dem Fleischl'schen Apparat bestimmt und gewöhnlich unter 50% gefunden.

Honigmann (Gießen).

---

6. **W. Uhthoff.** Untersuchungen über die bei der multiplen Herdsklerose vorkommenden Augenstörungen.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft. 1 u. 2. p. 55 u. 303.)

In seiner ausgezeichneten Arbeit giebt der geschätzte Verf. Bericht über 100 Fälle multipler Herdsklerose, deren Augen er einer genauen Untersuchung unterzogen hatte. Von 5 Fällen werden Sektionsbefunde und Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung der Sehnerven mitgetheilt. Anatomisch ist die bei multipler Sklerose vorkommende Sehnervenatrophie erheblich verschieden von der bei Tabes zu beobachtenden, aber auch von derjenigen nach retrobulbärer Neuritis. Gewöhnlich handelt es sich um einen proliferirenden Process, in erster Linie im Bereich der feineren bindegewebigen Elemente zwischen den Nervenfasern innerhalb der größeren Maschenräume mit starker Kernwucherung; dazu können auch aktive Wucherungsprocesse in den größeren Septen und in der inneren Sehnervenscheide kommen. Daran schließt sich die Atrophie der Nervensubstanz. Die Markscheiden zerfallen, während die Achsencylinder vielfach dauernd erhalten bleiben. Die Blutgefäße unterliegen vielfach krankhaften Veränderungen, in der Regel ohne zu obliteriren. Sekundäre Degeneration der Nervenfasern fehlt oft ganz und ist oft sehr gering. Die marklosen Nervenfasern der Papille und der Retina sind relativ gut erhalten. In 45% der von ihm beobachteten Fälle fand Verf. ophthalmoskopisch Veränderungen an der Sehnervenpapille, am häufigsten atrophische Verfärbung, die gewöhnlich partiell und unvollständig war, in 3% komplet atrophische Verfärbung, in 5% neuritische Erscheinungen. Das Vorkommen von ophthalmoskopisch wahrnehmbaren Veränderungen am Sehnerven ist daher bei der multiplen Sklerose wesentlich häufiger als bei der Tabes (18%) und der Dementia paralitica ($8^2/_3$%). Gesichtsfeldanomalien kamen häufig zur Beobachtung, vorwiegend centrale Skotome, seltener unregelmäßige peripherische Gesichtsfeldeinschränkung, nur einmal regelmäßige koncentrische Gesichtsfeldeinengung. Erhebliche Verschlechterung der centralen Sehschärfe wurde in 30%

der von U. beobachteten Fälle von multipler Sklerose festgestellt, etwas häufiger doppelseitig als einseitig. Der Beginn war meist plötzlich. Die Verschlechterung ging meist rapide vor sich, führte mehrmals zur Amaurose, die jedoch fast immer wieder zurückging. Vorübergehende Besserungen und Schwankungen in dem Grade der Sehstörung sind häufig. Überhaupt gleichen die klinischen Befunde der Augenerkrankung bei multipler Sklerose am meisten denjenigen bei retrobulbärer Neuritis. Augenmuskellähmungen fanden sich in 17% und zwar 6mal Parese des N. abducens, 3mal partielle Oculomotoriusparese, 3mal Parese associirter Augenbewegungen, 3mal Parese der Konvergenz, 2mal Ophthalmoplegia externa. Nystagmus kam 12mal zur Beobachtung, nystagmusartige Zuckungen in den Endstellungen bei Bewegungen 46mal. Den Nystagmus selbst führt Verf. mit den anderen Autoren auf centrale Ursachen zurück, die nystagmusartigen Zuckungen hingegen können nach ihm in einer Reihe von Fällen durch peripherische Veränderungen der Augenmuskelnerven hervorgerufen sein. Die Pupillensymptome sind wechselnd, in einzelnen Fällen denen bei Tabes dorsualis gleich.

Weinbaum (Marburg).

---

7. **Gilles de la Tourette** et **Cathelineau.** La nutrition dans l'hystérie.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 30. p. 533.)

Man nahm bis jetzt beinah allgemein an, dass die Hysterischen sich nur ganz ungenügend ernährten und dass trotzdem ihr allgemeiner Ernährungszustand nicht darunter zu leiden scheine. T. und C. haben diese Frage näher untersucht und zu diesem Zwecke genaue quantitative Urinanalysen von Hysterie in der Klinik von Charcot gemacht. Die Autoren unterscheiden zunächst zwischen »normalen Hysterischen«, d. h. solchen, die nur die ganz gewöhnlichen banalen Stigmata der Hysterischen zeigen, und »pathologischen Hysterischen« oder solchen, die außerdem noch die verschiedenartigsten Symptome, wie Krämpfe, kontinuirliches Erbrechen, États de mal etc. darbieten. T. und C. kommen auf Grund zahlreicher Untersuchungen zu dem Schlusse, dass bei den normalen Hysterischen der Urin weder qualitative noch quantitative Unterschiede von dem gesunder Menschen erkennen lasse; bei ihnen also geht der Stoffwechsel in normaler Weise vor sich. Bei den pathologischen Hysterischen konstatirten die Autoren: 1) Abnahme der Urate und Phosphate, 2) war das Verhältnis der Erdphosphate zu dem der alkalischen Phosphate, das in der Norm 1 : 3 beträgt, wie 1 : 2 oder sogar 1 : 1. Die tägliche Urinmenge ist meist vermindert. Das Gewicht der Kranken nimmt unter diesen Umständen ab, 2—300 g pro Tag. Da in den Anfällen von richtiger Epilepsie die festen Bestandtheile des Urins an Menge immer zunehmen, so lässt sich in zweifelhaften

Fällen durch genaue Urinanalysen eine Differentialdiagnose zwischen epileptischer und hysterischer Attacke leicht stellen.

E. Levy (Straßburg i/E.).

8. **Strümpell.** Über die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 41.)

Es ist allgemein bekannt, dass nach akuten Infektionskrankheiten, insbesondere nach Diphtherie und Abdominaltyphus, nervöse Nachkrankheiten auftreten können, die anatomisch sich als einfache degenerative Atrophie der Nervenfasern präsentiren.

Da diese nervösen Nachkrankheiten, wie schon der Name besagt, stets erst nach Ablauf der eigentlichen Infektionskrankheit auftreten und mit ihr keinerlei specifische Gewebsveränderungen gemeinsam haben, da auch niemals die specifischen Krankheitserreger in den Nerven sich nachweisen lassen, so ist es in hohem Grade unwahrscheinlich, dass letztere als direkte Krankheitsursache anzusprechen sind.

Vielmehr drängen alle unsere gegenwärtigen Anschauungen darauf hin, die Ursache der oben erwähnten Nervendegenerationen in chemischen Krankheitsprodukten zu suchen, welche unter dem Einflusse der stattgehabten Infektion und deren primären Folgeerscheinungen entstanden sind (schädliche Stoffwechselprodukte der Bakterien und Zerfallsstoffe der Krankheitsprodukte).

Das Gleiche gilt auch von den »nervösen Nachkrankheiten« chronischer Infektionskrankheiten, insbesondere der im Gefolge der Syphilis auftretenden. Man muss streng unterscheiden zwischen den auf unmittelbarer Bakterienwirkung beruhenden gummösen Degenerationsvorgängen und den durch chemische Giftwirkung hervorgerufenen postsyphilitischen Nervenerkrankungen, speciell der Tabes und der progressiven Paralyse. Nur so erklärt sich der scheinbare Widerspruch des ätiologischen Zusammenhanges beider Krankheitsformen mit der Syphilis und der Unwirksamkeit einer antiluetischen Behandlung, so erklärt sich auch mit Nothwendigkeit der Charakter der Tabes als einer primären nervösen Systemerkrankung, so wird endlich der innere Zusammenhang der Tabes und der progressiven Paralyse unserem Verständnis näher gerückt. **K. Alt** (Halle a/S.).

9. **L. D. Bulkley.** On unusual methods of acquiring syphilis.

(Med. news 1889. März.)

B. gruppirt die Fälle von nicht venerischer Syphilisinfektion folgendermaßen:

1) Syphilis oeconomica. Ansteckung von Person zu Person unter den gewöhnlichen Beziehungen des häuslichen und industriellen Lebens.

2) Syphilis brephotrophica. Übertragung von und auf Nährkinder gelegentlich der Kindespflege.

3) Syphilis technica. Übertragung von, auf und durch Heilpersonal.

1) Syphilis oeconomica zerfällt wieder in 3 Hauptgruppen: häusliche, industrielle und persönliche Übertragung. Unter den zahlreichen Übertragungsweisen erwähnen wir die durch Cigarren, Taschentücher, Badehosen, Operngläser, Stecknadeln und Pflaster, während die beim Publikum eine große Rolle spielende Ansteckung durch Klosetts nicht durch einen einzigen authentischen Fall beglaubigt ist.

2) Die Übertragung der Syphilis durch und auf Ammen ist heut zu Tage nicht mehr so häufig wie früher (vgl. den berühmten Fall von Pian de Nérac, einem französischen Städtchen, wo 40 Frauen und Kinder durch mittelbare Infektion von einem syphilitischen Kinde erkrankten). Einen interessanten Fall eigener Erfahrung berichtet B., in welchem eine Frau, Mutter eines mehrmonatlichen Kindes, ein fremdes Kind zur Pflege übernahm — jedem der beiden Säuglinge je eine Brust überlassend. Wenige Wochen, nachdem das fremde Kind an hereditärer Lues zu Grunde gegangen war, entwickelte sich auf der einen Warze ein längere Zeit bestehendes Geschwür. Die Frau selbst, so wie ihr eigenes Kind, dem sie inzwischen wieder beide Brüste zum Säugen gegeben, erkrankten bald darauf mit konstitutionellen Symptomen; bei dem Kinde war der — wahrscheinlich im Munde befindliche — Primäraffekt nicht aufzufinden.

3) Unter der dritten Rubrik — Syphilis technica — bespricht B. diejenigen Fälle, in denen Ärzte, Hebammen, Krankenwärter Lues von den Pat. acquiriren oder auf diese übertragen. Von großer Bedeutung ist namentlich der letztere — neuerdings auch von Neisser (Centralblatt für Chirurgie 1889 No. 39) ausführlich erörterte — Infektionsmodus. Aus Frankreich sind Fälle berichtet worden, wo durch syphilitische Hebammen einmal über 50, ein anderes Mal mehr als 100 Frauen inficirt wurden; Klein hat neuerdings eine Epidemie in England beobachtet, bei der auf gleiche Weise 30 verheirathete Frauen und durch diese 9 Ehemänner und 2 Kinder an Syphilis erkrankten. Das Absaugen der Milch, das Aussaugen von Wunden ist so verderblich geworden; in Russland hat Tepljaschin in einem Dorfe von 532 Einwohnern 68 Individuen mit Syphilis inficirt gefunden; die Hälfte von diesen leitete ihre Erkrankung direkt von einem alten Weibe her, welche mit ihrer Zungenspitze Fremdkörper aus dem Auge entfernte und Trachom behandelte. Bekannt sind die Epidemien durch Tätowiren, von denen neuerdings wieder eine aus Amerika sehr ausführlich beschrieben worden ist. Zum Schluss berichtet B. noch einige Fälle, in denen der Operateur oder Untersucher, ohne selbst zu erkranken, nur das Medium gewesen ist, die Lues von Kranken auf Gesunde übertragen hat. Ein

Ohrenarzt in Paris z. B. hat durch Übertragung mittels des Nasenkatheters mehr als 60 Erkrankungen auf dem Gewissen; in der Litteratur existiren über denselben Infektionsmodus 25 Publikationen, zum Theil sogar aus neuerer — antiseptischer! — Periode.

A. Blaschko (Berlin).

---

10. **I. Neumann.** Die Prophylaxis der Syphilis. Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. III. Hft. 5.)

Die vorliegende kleine Broschüre des bekannten Wiener Syphilidologen kann ihres anregenden Inhalts wegen sehr zur Lektüre empfohlen werden, wenn man auch nicht Alles, was der Verf. fordert und behauptet, anstandslos unterschreiben kann. So wäre gleich seine Hauptforderung, die zwangsweise Untersuchung der Prostitution, welche dem Verf. als Axiom zu gelten scheint, zum mindesten des Beweises werth gewesen, wenn man bedenkt, dass eine Reihe von Kulturstaaten (Amerika) die Sittenkontrolle nicht kennt, andere dieselbe gänzlich (England und Italien) oder theilweise (Dänemark) aufgegeben haben, nicht ohne dass gewichtige ärztliche Stimmen vorher gehört worden waren. N. fordert die zwangsweise periodische Untersuchung der Prostituirten und die zwangsweise Behandlung der Erkrankten in Specialhospitälern oder Specialabtheilungen, getrennt von allen anderen, auch syphilitisch Kranken, für welch letztere eine »Abtheilung für äußere Krankheiten« zu gründen sei. Während der Dauer des kondylomatösen Stadiums — das sind mindestens 2 Jahre — ist den Prostituirten die Ausübung ihres Gewerbes zu untersagen. Belehrungen und periodische Untersuchungen der Soldaten und Matrosen, der Bediensteten in gewerblichen und Fabriksetablissements (!!) durch Genossenschafts- und Kassenärzte, Überwachung des Ammen- und Findlingswesens, der Impfung und Beschneidung, Einführung der Syphilis als Prüfungsgegenstand an den Universitäten, Errichtung von Spitälern und Ambulatorien, Bezahlung der Krankengelder seitens der Kassen, schließlich internationale Maßnahmen gegen die Prostitution, das sind die wesentlichsten Forderungen, welche vom Verf. eingehend erörtert und begründet werden. Das reichliche statistische Material ist in so geschickter und instruktiver Weise eingestreut, dass es bei der Lektüre nicht als unnützer gelehrter Ballast erscheint.

A. Blaschko (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von aufsergewöhnlicher Pulsverlangsamung.

Von

Dr. **Bohm** in Stettin.

Ich erlaube mir, der Redaktion folgende Beobachtung zur eventuellen Veröffentlichung mitzutheilen: Der Kranke, ein 67jähriger, sonst immer gesunder Mann, trat am 27. Februar cr. in meine Behandlung. Er hatte zu Neujahr eine nicht besonders

schwere Influenza-Erkrankung überstanden. Das sofort auffallende Krankheitssymptom war eine enorme Verlangsamung der Pulsfrequenz, welche im Anfang der Beobachtung 24 Schläge in der Minute betrug, 3 Tage vor dem Tode nur noch 15 betrug und allmählich bis zum Tode weiter bis auf 10 Schläge und darunter sank. Der Puls war im Anfang voll und kräftig, wurde allmählich immer weniger kräftig nnd schließlich etwas unregelmäßig, die Herztöne waren rein, Herzdämpfung nicht vergrößert, Urin eiweißfrei, am Herzen keine Abnormität. Lungen normal. Temperatur normal. Subjektiv bestanden die Krankheitsbeschwerden in großer Unruhe und Schwindelgefühl; wie die Frau behauptet, traten häufig wiederholte »Krampfanfälle« ein, die ich aber nie beobachtet habe, obgleich ich den Kranken mehrmals täglich sah. Das Sensorium war bis etwa einen Tag vor dem Tode vollkommen frei, alle Fragen wurden prompt und richtig beantwortet, keinerlei Lähmungserscheinungen an den Extremitäten waren vorhanden. Ich habe schließlich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen Tumor des Kleinhirns gestellt, leider war eine Obduktion des interessanten Falles nicht zu erlangen. Der Tod erfolgte am 5. März unter zunehmender Herzschwäche.

Jedenfalls verdient die Beobachtung einer Pulsfrequenz von 15 Schlägen pro Minute — mehrere Tage lang — veröffentlicht zu werden und wäre es mir interessant zu erfahren, ob mehrere derartige Beobachtungen bereits vorliegen.

---

11. **Laveran.** Des hématozoaires du paludisme.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1889. No. 6.)

L. giebt eine übersichtliche Zusammenstellung aller Arbeiten über den Malariaparasiten. Er wahrt sich hierbei die Priorität seiner Entdeckung, welche er im Jahre 1880 machte und in den nächsten 4 Jahren durch Mittheilung aller wesentlichen Details ergänzte. Wenn man sich der Schwierigkeit der Untersuchung, so wie der außerordentlichen Tragweite der L.'schen Entdeckung bewusst ist, wird man dem Verdienste L.'s gern gerecht werden. **H. Neumann** (Berlin).

12. **Vaillard.** De la fièvre typhoide dans ses rapports avec l'eau potable et les poussières.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 144.)

Verf., Militärarzt, veröffentlicht einige sehr bemerkenswerthe Beobachtungen, welche er selbst bei mehreren Typhusepidemien in verschiedenen Garnisonen zu machen Gelegenheit hatte. Es geht aus diesen hervor, dass die Hauptträger des Typhusgiftes im Trinkwasser zu suchen sind, in welchem V. stets den Eberthschen Bacillus fand. Bei einer Epidemie wurde bei einer Kompagnie in einer Kaserne eine enorme Typhusmorbidität beobachtet, welche sich nach sorgfältiger Desinfektion der betreffenden Räume erheblich verringerte, während bei den anderen Kompagnien die Zahl der Erkrankungen nicht abnahm. Eine daher auf Veranlassung des Korpsarztes vorgenommene Untersuchung des auf dem Fußboden und in den Dielenritzen gelagerten Staubes ergab die Anwesenheit massenhafter Typhusbacillen in demselben. Die Zimmer wurden sofort geräumt und die Soldaten blieben nun vom Typhus verschont.

Eben so wie auf das Trinkwasser ist es also auch nöthig, auf den in Wohnräumen befindlichen Staub bei solchen Epidemien zu achten und zwar nicht nur beim Unterleibstyphus, sondern auch bei anderen übertragbaren Erkrankungen z. B. Pneumonie, Diphtherie etc. **G. Meyer** (Berlin).

13. **A. Kronfeld.** Wann erscheint das Quecksilber des grauen Öles im Urin.

(Wiener med. Wochenschrift 1889. No. 35 u. 36.)

Vajdb und Paschkis, Nega, Winternitz sind der Frage, wann bei Merkurialkuren das Quecksilber sich zuerst im Urine zeigt, näher getreten. Erstere fanden, dass bei Gebrauch von Dect. Zittmann bereits am 1. Tage Hg im Urin erscheint, bei Sublimatinjektionen am 7., bei Sublimatbädern am 3., bei innerem Sublimatgebrauch am 11., bei Quecksilberjodür am 1., bei Unguentum hydrarg.

am 2. Nega fand bei Anwendung von Quecksilberpflaster Hg im Urin am 2. Tage, bei Sapo mercurialis am 2., bei neuer grauer Salbe am 4., bei Hydrargyrum oleatum am 2. Winternitz fand bei Kalomelinjektion, so wie beim inneren Gebrauche desselben Hg am 1. Tage im Urin. K. experimentirte mit 50%igem Oleum cinereum, davon enthält die Spritze 0,810 g metallischen Quecksilbers und ein Theilstrich, die gewöhnliche Dose, 0,081 g. Aus seinen 16 Beobachtungen geht zur Evidenz hervor, dass die Ausscheidung des im grauen Öl enthaltenen Hg nach analogen Gesetzen vor sich geht wie die anderer Quecksilberpräparate. Während nach Einverleibung eines Theilstriches die ersten Hg-Spuren frühestens am 4. Tage nach der Injektion nachweisbar waren, erschien das Hg nach zweimal ein Theilstrich bereits am 1. Tage; die Resorption hängt also auch hier theilweise von der Quantität des einverleibten Quecksilbers ab. Doch ist es nicht gleichgültig, ob dasselbe Quantum an einer oder zwei Stellen injicirt wird, in letzterem Falle erscheint es später im Urin. **A. Frey** (Baden-Baden).

14. **E. Schäffer** (Offenbach a/M.). Über einen Fall von Zoster ophthalmicus bei krupöser Pneumonie nebst einigen Bemerkungen über das Wesen des Herpes zoster.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 36.)

38jähriger Mann erkrankt unter den deutlichen Zeichen der krupösen Pneumonie des linken Ober- und Unterlappens. 2 Tage darauf Herpes labialis und Schmerzen in der rechten Stirnhälfte, vom 3. Tage an entwickelt sich unter den deutlichen Zeichen der Trigeminusneuralgie ein Zoster im Gebiet des Supraorbitalis, darauf Eruptionen an der Conjunctiva und Cornea; im Anschluss daran ein ziemlich tiefes Cornealgeschwür, mit Hypopyon, sekundärer Iritis, hinteren Synechien; dabei völlige Anästhesie der Cornea, sehr weicher Bulbus, Hyper- und später Anästhesien der erkrankten Hautpartien. Die Regeneration langsam, noch unter heftigen Neuralgien, zuletzt auch im 2. Ast. Verf. scheint der Ansicht, dass der Zoster als eine direkte Infektionskrankheit, die in bestimmten Beziehungen zur Pneumonie stünde, aufzufassen sei, und fügt als bedeutsam noch die Beobachtung hinzu, dass in dem gleichen Krankensaale, in dem ein Pat. wegen Zoster pectoralis und Intercostalneuralgien lag, zunächst ein Phthisiker an einem Zoster im Gebiet des Ileo inguinalis und Genito cruralis und darauf der obige Fall von Pneumonie erkrankte. **Honigmann** (Gießen).

15. **K. Touton.** Zoster femoralis im Anschlusse an eine intramuskuläre Salicyl-Quecksilberinjektion.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 6.)

Diese verhältnismäßig unschuldige in der Überschrift angezeigte Folgeerscheinung trat nach der 3. Injektion von salicylsaurem Hg ein. Verf. glaubt, dass dieser Zoster femoralis abortivus nicht in Folge eines direkten Traumas eines peripheren Nerven, sondern reflektorisch entstand. Diese Annahme wird gestützt durch die von der Injektionsstelle bis zur Mitte des Kreuzbeines aufsteigenden Schmerzen, welche dem Ausbruch des Zoster vorangingen. **Joseph** (Berlin).

16. **Schuster.** Fußgangrän in Folge von Syphilis.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 6.)

Ein 37jähriger Mann, welcher vor mehreren Jahren Syphilis überstanden hatte, zeigte einen trockenen Brand der ganzen großen, zweiten und dritten Zehe des rechten Fußes. Der linke Fuß war auch im Zustande der lokalen Synkope, kühl, hatte das Gefühl der Taubheit wie der rechte. Syphilitische Residuen waren nirgends nachzuweisen. Als Ursache der Gangrän wurde eine specifische Erkrankung des Arteriensystems, insbesondere der Fußarterien, angenommen. Da eine antisyphilitische Kur erfolglos war, musste eine Amputation im unteren Drittel des Unterschenkels vorgenommen werden. Die Untersuchung des Fußes ergab in der Arteria tibialis postica, anscheinend von der Intima ausgehend und frei in das

Lumen hineinragend, in geringer Entfernung von einander zwei linsengroße Gummata, außerdem erschienen an einzelnen Stellen die Arterienwandungen verdickt.

Joseph (Berlin).

17. **Lenoir und Tavernier.** Die Behandlung der Syphilis durch subkutane Injektionen.

(Praticien 1889. No. 37.)

Dem Kongress für Dermatologie berichten L. und T. 1573 gemachte Injektionen; sie verwendeten Mischungen von Kalomel 1 und Vaselin 12 oder gelbes Quecksilberoxyd 1 und Vaselin 12; 56mal machten sie Einspritzungen mit grauem Öl (Neisser's Formel). Alle 8—9 Tage machten sie eine Einspritzung von $^1/_2$, von letzterem Mittel von $^1/_3$ Spritze. Ihre Beobachtungen fassen sie in folgende Sätze zusammen:

1) Die subkutane Behandlung der Syphilis muss beschränkt werden auf die Behandlung der erythematösen Formen und der resolutiven Syphilome der Haut.

2) Sie kann angewendet werden, wo es sich darum handelt, die genannten Symptome schnell verschwinden zu machen.

3) Die Behandlung ist vor Allem zu empfehlen bei öffentlichen Dirnen.

4) Die Wirkung auf die Schleimhautaffektionen ist minimal.

5) Die Methode ist nicht im Stande bevorstehende Recidive zu verhüten.

6) In vielen Fällen war die Methode erfolglos, wo eine Schmierkur zum Ziele führte.

7) In Fällen von spinaler und cerebraler Syphilis, eben so bei Visceralsyphilis ist die Methode nicht zu verwenden.

8) Ausgeschlossen ist die Methode bei Schwangerschaft und bei Syphilis im Kindesalter.

A. Frey (Baden-Baden).

18. **Armstrong** (Montreal). Intubation versus tracheotomy for the relief of laryngeal stenosis.

(Montreal med. journ. 1889. Juni.)

Mit der O'Dwyer'schen Intubationsröhre hat A. 10 Beobachtungen anstellen können: alle beziehen sich auf Kinder mit hochgradigen Suffokationserscheinungen, so dass die Tracheotomie eigentlich nothwendig gewesen wäre; von diesen Pat. genaßen 4 vollständig in kurzer Zeit. Die Vortheile, welche der Verf. hervorhebt, sind: 1) Ein Betäubungsmittel ist nicht nothwendig. 2) Es fehlen die Schrecken der blutigen Operation, in Folge dessen die Angehörigen leichter in die Intubation einwilligen. 3) Die nothwendige Pflege ist sehr leicht und erfordert weder besondere Mühe noch Geschicklichkeit; jede Mutter ist zur Pflege tauglich. 4) In der Intubationsröhre trocknet kein Schleim ein und dadurch wird nie die Lichtung der Röhre verengert. Die Luft dringt durch die Nase ein, wird dadurch erwärmt und gereinigt und birgt so viel weniger die Ursache für sekundäre Bronchitis und Pneumonie in sich. 5) Die Tube braucht nur 4—5 Tage zu liegen und hinterlässt nicht, wie es bei der Tracheotomie geschieht, eine Wunde, welche oft schlecht heilt. 6) Ein Vortheil liegt auch darin, dass jeder Arzt die Intubation ohne Assistenten, also zu jeder Zeit und überall ausführen kann. 7) Wenn eine Tracheotomie später rathsam scheinen sollte, so ist die Ausführung durch die Intubation nicht ungünstiger geworden. 8) Die Genesung tritt nach der Intubation häufiger ein als nach der Tracheotomie; nach seinen Erfahrungen ergab die Tracheotomie 20% Genesungen, die Intubation 40%, allerdings ist die Zahl der Intubationen sehr gering. Die Vorwürfe, welche der Intubation gemacht werden, dass die Röhre selbst im Stande sei, die Membran herabzudrängen und das untere Ende sich dadurch verstopfe, weist A. ab; jedenfalls geschieht das nicht häufiger als mit der trachealen Kanüle auch, wo die Reinigung sicher nicht einfacher sei. Auch dass die Intubationsröhre leicht durch die Gerinnsel und die Membranen verstopft werde, kann nicht bestätigt werden. Den Haupteinwurf, dass durch die Intubation allzu leicht Nahrungsmittel in die Trachea kommen und Schluckpneumonien folgten, hält A. für übertrieben; man kann ernährende Klystiere anwenden oder

durch eine besondere Vorrichtung, durch die Anbringung einer künstlichen Epiglottis, aus Gummi dargestellt, die größte Sicherheit geben; halbflüssige Nahrung schützt vor solchen Gefahren. Weiterhin hat man der Intubation vorgeworfen, dass die Tuben leicht in die Trachea rutschen; auch das hat A. vorgesehen, man muss nur eine Tuba nehmen, deren obere Öffnung hinreichend groß ist; auch wird sie nicht durch Hustenstöße ausgestoßen, wenn sie hinreichend schwer ist; richtig ist, dass das Wartepersonal die Tuba nicht wieder einführen kann, aber wenn der Arzt nach der ersten Einführung wartet, bis die Hustenattacken, welche unmittelbar folgen, und der Schleimauswurf vorüber sind, dann ist die Gefahr, dass die Tuba überhaupt dislocirt wird, vorbei. **Prior** (Köln).

19. **Brothers** (New York). An unusual case of laryngeal intubation.

(Med. record 1889. Juli 27.)

Dieser Fall illustrirt, dass auch die O'Dwyer'sche Intubation auf Hindernisse stoßen kann; erkrankt war ein 17 Monate altes Kind; ein anderer Arzt hatte 14 Tage vorher wegen Diphtherie die Intubation schon einmal ausgeführt; der Versuch, eine Woche später die Tuba herauszunehmen, verursachte hochgradige Dyspnoe, so dass die Röhre sofort wieder eingeführt werden musste; 6 Tage später wurde dieselbe beim Husten ausgestoßen und neue Dyspnoe stellte sich in bedrohlicher Weise ein. B. führte eine neue Röhre ein, von sofortiger Besserung begleitet; dies war am 6. April. Der Versuch, eine Woche später die Intubation zu beenden, schlug fehl; nach einer weiteren Woche wurde eine Röhre eingelegt, deren Durchmesser für den Larynx eines 1 Jahr alten Kindes passend ist; bis dahin hatte eine Nummer, welche für ein 2 Jahre altes Kind passend ist, zur Behandlung gedient; der Versuch gelang, 3 Tage später wurde diese Röhre herausgenommen; die Ausführung war nicht leicht, weil die Röhre in ödematösen Schwellungen eingebettet schien; sofort hinterher entleerte das Kind blutigen Schleim in großer Menge, wurde von Neuem hochgradig cyanotisch, so dass die größte Eile nothwendig war; dabei passirte dann dem Autor das Unglück, dass die Intubationsröhre in den Ösophagus gerieth und verschwand; eine neue Röhre schaffte die Dyspnoe bei Seite; diese Röhre, welche auch einmal ausgehustet wurde, blieb bis zum 20. Mai liegen, bis sie abermals beim Husten entleert wurde. Im Ganzen also hat das Kind mit kurzen Unterbrechungen die Röhre 58 Tage getragen und zwar 21 Tage ohne jede Unterbrechung; während dieser Zeit trank das Kind die Brust der Mutter ohne Störungen, während Trinken aus einer Tasse oder einem Löffel zu starken Hustenanfällen den Anlass gab. Von dem verschluckten Röhrchen ist nichts mehr bekannt geworden; es ist also wohl unbemerkt im Stuhle entleert worden. **Prior** (Köln).

20. **Hinkel** (Buffalo). Some manifestations of lithaemia in the upper air-passage.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. November.)

In vielen Fällen von Lithaemia hat H., nach der Angabe von H. Allen (Med. news 1888 Juni 16) gefunden, dass der Larynx in so fern mitbetheiligt sein kann, als fleckförmige Röthung, von der Epiglottis anfangend, die Lig. ary-epiglottica überzieht, welche auch bisweilen in einfachen hyperämischen Streifen sich kund thut. Dieses Vorkommnis sei so häufig mit mehr oder minder deutlicher Lithämie verbunden, dass ihre Anwesenheit stets die Untersuchung auf Lithaemia bewirken sollte. Die Larynxerscheinungen machen sich nach außen hin durch trockenen, rauhen und lauten Husten bemerkbar, wie überhaupt der Larynx ungemein reizbar scheine. Die lokale Therapie ist im Ganzen fruchtlos. **Prior** (Köln).

21. **Rohr.** Ein Fall von Hirnverletzung durch eine Kreissäge.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 41.)

Ein 30jähriger Ökonom zog sich durch Fall in eine Kreissäge folgende Verletzung zu: Der Schädel ist 1 cm links von der Mittellinie und parallel dieser in

der Ausdehnung von 15 cm und 0,5 mm breit durchsägt (4 cm vor der Coronarnaht beginnend und bis zur Lambdanaht reichend). Rechts von der Mittellinie befindet sich eine kleinere 1 cm vor der Coronarnaht beginnende und in der Länge von 7 cm auf die Sagittalnaht zulaufende Wunde, unter welcher der Schädel eingedrückt erscheint. In der linken Wunde befinden sich große Mengen zertrümmerten Gehirns und viele Knochensplitter. Es besteht Bewusstlosigkeit, Paralyse der rechten Extremitäten und des rechten Facialis, totale Aphasie (wie sich später herausstellt) und ein epileptiformer Krampfzustand in den linken Extremitäten. Nach Erweiterung der ganzen Wunde durch Ausmeißelung, wodurch der unverletzte Sin. longit. freigelegt wurde, nach Aufrichtung der rechtsseitigen Impression und gründlicher Ausspülung der Wunde wird ein Dauerverband angelegt. Die Heilung nimmt einen günstigen, wenn auch nicht fieberlosen Verlauf. Zuerst gehen die Sprachstörungen und die Facialislähmung zurück, sodann folgen die Extremitäten, so dass der Kranke heute wieder im Stande ist, ohne Unterstützung zu gehen. **A. Cramer** (Eberswalde).

22. **Bourneville et Pilliet.** Deux cas d'athétose double avec imbécillité. Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie.

(Compte rendu etc. de Bicètre par Bourneville. Paris, 1888.)

Bei beiden Fällen setzte die Krankheit im 1. Lebensjahre ein, im 1. in den ersten Tagen nach der Geburt, im 2. im 3. oder 4. Lebensmonat. Die geistigen Fähigkeiten entwickelten sich bei beiden langsam und blieben stets unter dem Mittel, beide sind als imbecill zu betrachten. Das Gehen machte bei beiden Schwierigkeiten; während der erste Kranke nur mit Unterstützung gehen konnte, war der zweite im Stande, langsam und vorsichtig allein zu gehen. Bei beiden war das Sprechen mehr oder weniger erschwert. Die Sprache ist skandirend, während des Sprechens kommt es zu unkoordinirten Bewegungen der Lippen, an welchen sich auch andere Muskeln des Gesichts betheiligen. Wenn die Kranken sitzen, finden stets unwillkürliche Bewegungen der Glieder, des Gesichts und des Hauptes statt, welche sich lebhaft beim Aufstehen vermehren. Beim Gehen sind die Beine im Knie leicht gebeugt, die Füße werden höher als nöthig gehoben, und nicht platt aufgesetzt. Selten halten die Kranken die gerade Linie ein, die große Zehe beschreibt athetotische Bewegungen. Durch Ausschluss des Gesichts wird die Art des Ganges nicht verändert. Sensibilität, Muskelsinn und die rohe Kraft der Muskulatur ist nicht gestört, eben so sind die Pupillarreflexe wohl erhalten. Beim Ergreifen eines Gegenstandes finden im ersten Akt, während die Hand auf den Gegenstand losfährt, grobe Schwankungen statt, während im zweiten Akt, wenn der Gegenstand ergriffen ist und weiterbewegt wird, fast kein Schwanken beobachtet wird. In beiden Fällen wurde durch geeignete Behandlung (Gymnastik und Hydrotherapie) eine wesentliche Besserung erzielt. Die Differentialdiagnose zwischen Athétose double und der multiplen Sklerose, der Tabes, der hereditären Ataxie und der Chorea wird zum Schluss erörtert.

1) Multiple Sklerose. Es fehlen Erscheinungen von Seiten der Augen und der Psyche. Die Sprache wird von unkoordinirten Bewegungen, welche stationär bleiben, begleitet. Im zweiten Akt der Ergreifung eines Gegenstandes ist fast nichts von Intentionstremor zu bemerken. Es fehlen Paraplegien und allgemein fehlt eine respektive Tendenz der Krankheit.

2) Tabes. Es fehlen die lancinirenden Schmerzen, die Verschlimmerung der Ataxie bei Ausschluss des Gesichts, die gastrischen und Kehlkopfkrisen, die trophischen Störungen. Dies Leiden setzt viel früher ein als die Tabes.

3) Auch gegenüber der hereditären Ataxie, welche erst im Pubertätsalter einsetzt, finden sich im Verhalten des Ganges, der Sprache und dem Verlauf der Krankheit charakteristische Unterschiede.

4) Eben so kann die Chorea, selten vor dem 6. Lebensjahre auftretend, mit ihren oft heftigen Attacken, mit den Störungen am Herzen, mit der Neigung zu Rheu-

matismus und mit dem in manchen wesentlichen Punkten verschiedenen Auftreten der abnormen Bewegungserscheinungen leicht abgetrennt werden.

Bezüglich der Details der exakt untersuchten und genau beschriebenen Fälle sei auf das Original verwiesen. **A. Cramer** (Eberswalde).

23. **J. Hirschberg.** Ägypten als klimatischer Kurort.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 22—26.)

Nach allgemeinen Bemerkungen lenkt Verf. unsere Aufmerksamkeit besonders der Trinkwasserfrage zu. Während in früheren Jahrhunderten das Nilwasser als ganz besonders wohlschmeckend gerühmt wird, kommt er zu dem Schlusse, dass man es heut zu Tage am besten gar nicht trinkt, oder doch nur gekocht und filtrirt. Gutes Pilsener Bier ist allerorts zu haben — selbst zum Auswaschen der Augen sollte man das Wasser nur gekocht verwenden, und dann die Augen mit in Europa gewaschenen Tüchern oder sterilisirter Verbandwatte abreiben (Trachom). Als Kurort verdient Ägypten für beginnende Brustkrankheiten der Riviera, Neapel, selbst Sicilien vorgezogen zu werden. Der beste Aufenthaltsort sind die gut eingerichteten auf dem Nile bis Luksor gehenden Bote, auf denen man wochen- und monatelang langsam, oft tagelang vor Anker liegend, stromauf- und -abwärts fährt. Sehr zu empfehlen ist ein Aufenthalt in Luksor selbst (Hôtel neben dem freigelegten Tempel in einem Palmengarten herrlich gelegen), oder für Den, der das Leben der Großstadt nicht entbehren kann, Kairo (Sheppard und New Hotel). In einer Stunde von Kairo mit dem Wagen zu erreichen, dicht neben der großen Pyramide von Gizeh, am Rande der Wüste liegt das vorzügliche neu erbaute Hôtel Mena. 23 Kilometer südlich von der Stadt, in einer Stunde mit der Eisenbahn zu erreichen, liegt Heluan, der Wüstenkurort, an den Ausläufern des Mokattamgebirges, bekannt durch sein gutes Hôtel, seine vorzügliche Verpflegung und besonders durch seine Schwefelthermen (30° C.), die nach Gastinel Bey folgendermaßen zusammengesetzt sind:

Ein Liter Wasser enthält

a) gasförmige Produkte:

freies Schwefelwasserstoffgas	47 ccm,	0,0731 g
» Kohlensäuregas	61 »	0,1200 g
Stickstoffgas	10 »	0,0126 g
	118 ccm	0,2057 g

b) feste Stoffe:

Chlorcalcium	0,1880 g
Chlormagnesium	1,8005 g
Chlornatrium	3,2000 g
doppeltkohlensaurer Kalk	0,8050 g
schwefelsaurer Kalk	0,2100 g
Kieselerde	0,0150 g
stickstoffhaltige organische Stoffe	0,0015 g
	6,2200 g.

Außer für Brustkranke ist Heluan von größter Bedeutung für Rheumatismen, Hautkrankheiten und ganz besonders für veraltete Syphilis. Hier in dem heißen Klima sieht man unter der Anwendung der Schwefelbäder, verbunden mit Merkurialeinreibungen, oft die wunderbarsten Erfolge. In Kairo und Heluan sind deutsche Ärzte. Zur Kur in Ägypten ist Sprachkenntnis wohl erwünscht, doch kann man mit Deutsch, besonders in Hôtels, wo viel deutsches Personal ist, gut auskommen. **A. Frey** (Baden-Baden).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 24. Mai.** **1890.**

Inhalt: **Lowinsky**, Furunkulose bei Diabetes insipidus. (Original-Mittheilung.)

1. **Löwy**, Einfluss der Abkühlung auf den Gaswechsel. — 2. **Eijkman**, Bakteriologische Untersuchungen aus dem Laboratorium in Weltevreden. — 3. **de Paolis**, Virulenz des Erysipelcoccus. — 4. **Rovighi**, Bedeutung der Temperatursteigerung beim Fieber. — 5. **Kirstein**, Pathologie des Ileus. — 6. **Steiner**, Menière'scher Schwindel. — 7. **Erb**, Augenblicksdiagnose in der Nervenpathologie. — 8. **Lissauer**, Seelenblindheit.

9. **Bruns** und **Kredel**, Angeborener Defekt bei Brustmuskeln. — 10. **Reichmann**, Blutdruck im Fieber. — 11. **Mester**, Cystinurie. — 12. **Ledermann**, Mycosis fungoides. — 13. **P. Meyer**, Hirntumor. — 14. **Bernhardt**, Nucleare Augenmuskel- und recidivirende Oculomotoriuslähmung. — 15. **Armstrong**, Vertigo laryngis. — 16. **Garrè**, Lupus des Kehlkopfes. — 17. **Rice**, Larynxtuberkulose. — 18. **Lancereaux**, Syphilisübertragung durch Instrumente. — 19. **v. Dühring**, Frühbehandlung der Syphilis. — 20. **Cordier**, Balanitis. — 21. **Peyer**, Enuresis nocturna. — 22. **G. Mayer**, Behandlung der Gicht.

Bücher-Anzeigen: 23. **Lammert**, Geschichte der Seuchen-, Hungers- und Kriegsnoth zur Zeit des 30jährigen Krieges. — 24. **Dollinger**, Die Massage. — 25. **Kirchner**, Handbuch der Ohrenheilkunde.

(Aus Dr. M. Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.)

Furunkulose bei Diabetes insipidus.

Von

J. Lowinsky, cand. med.

Dass der Diabetes mellitus in seinem Verlaufe häufig mit Furunkulose, Karbunkelbildung und Gangrän der Haut einhergeht, ist schon so lange bekannt und so oft beschrieben worden, dass man an einem ursächlichen Zusammenhange zwischen den genannten Krankheitserscheinungen nicht mehr zweifeln kann. Die Arbeiten von A. Wagner (Virchow's Archiv Bd. XII), von M. Kochmann (Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1873), von Braxton-Hicks (Lancet 1877) u. A. enthalten nicht nur eine Fülle kasuistischen Materials

darüber, sondern lassen es auch an Hypothesen über den Zusammenhang nicht fehlen.

Anders verhält es sich aber mit der sonst dem Diabetes mellitus in ätiologischer, klinischer und selbst experimentell-pathologischer Beziehung so nahe verwandten einfachen, zuckerlosen Harnruhr, bei der ein Zusammentreffen mit Furunkulose zu den äußersten Seltenheiten zu gehören scheint. Noch im Jahre 1869 äußerte sich Lancereaux (De le polyurie simple; Thèse de Paris 1869) an mehreren Stellen dahin, dass Furunkulose, Anthrax, Gangrän der Haut bei der einfachen Polyurie gänzlich vermisst werden. Kurze Zeit darauf beschrieb Bourdon (Gaz. des hôpitaux 1869 No. 76) als exceptionelles Vorkommnis den Fall, wo nach dem Auftreten zahlreicher Furunkel und eines Karbunkels sich Diabetes insipidus entwickelte. Mit Recht betrachtet Senator (Ziemssen, Specielle Pathologie und Therapie Bd. XIII, Hft. 1) diese Affektion der Haut als zufällige, nicht aber mit der Krankheit in ursächlichem Zusammenhang stehende Komplikation. Es kann demnach wohl nur auf einem Irrthum beruhen, wenn Geber schon im nächsten Bande des Ziemssen'schen Handbuches schreibt:

»Bei Diabetes mellitus und insipidus pflegt manchmal das Erscheinen der Furunkel der Zuckerharnruhr voranzugehen, ja geradezu die Aufmerksamkeit darauf zu lenken.«

Eigenthümlich ist es indess, dass sich dieselbe Angabe noch in der neuesten Auflage von Eulenburg's Realencyklopädie (Bd. VII p. 373) wiederfindet:

»Eine ganz besondere Beachtung verdient das Auftreten von Furunkeln und Karbunkeln als Vorläufer oder in Begleitung von Diabetes mellitus und insipidus. Der Arzt hat in allen Fällen, wobei sich ein hartnäckiges Auftreten von Furunkeln bemerkbar macht, die dringende Pflicht, den Urin auf Zucker zu untersuchen.«

Wenn diese Behauptungen auf Thatsachen beruhten, wofür aber bisher noch kein Beweis vorliegt, so müsste man daraus folgern, dass bei multipler Furunkelbildung auch an einfache Harnruhr zu denken und daraufhin zu untersuchen wäre. Vor einiger Zeit kam nun in Dr. Joseph's Poliklinik ein Fall zur Beobachtung, der gerade in dieser Beziehung einige Aufklärung verschafft und dessen Krankheitsgeschichte daher vielleicht der Veröffentlichung werth ist.

Es handelt sich um Diabetes insipidus bei einem 56jährigen Arbeiter, der angeblich von einem syphilitischen Vater abstammt, in der Jugend selbst an Ausschlägen und Augenentzündungen gelitten hat, von späterer Infektion mit Lues aber frei geblieben ist. Ob die hereditäre Lues als prädisponirendes, oder eine vor Jahren stattgehabte schwere Kopfverletzung als direktes ätiologisches Moment angeschuldigt werden darf, ist nicht zu entscheiden. Andere Ursachen für die jetzige Erkrankung sind jedenfalls nicht zu ermitteln. Die ersten Symptome derselben, Polydipsie, Polyurie und speciell das Bedürfnis, Nachts mehrmals Urin zu lassen, wurden, wie gewöhnlich,

von dem Pat. längere Zeit nicht berücksichtigt und kamen erst zur Sprache, als eine plötzliche Eruption von multiplen Furunkeln den Kranken zu uns führte. Es fanden sich damals auf dem Rücken und Kreuz, an den Nates und der Hinterseite der Oberschenkel etwa 15 kleinere und größere Furunkel, von denen einige sofort incidirt, die übrigen mit Jodoformkollodium bestrichen wurden. Im Laufe der nächsten Wochen traten noch weitere zahlreiche Furunkel an denselben Stellen auf, während sich die Harnverhältnisse folgendermaßen gestalteten:

Datum	Harnmenge	Specifisches Gewicht
21. Februar	ca. 6000	1005
1. März	ca. 8000	1002
14. »	ca. 6000	1005
21. »	ca. 8000	1005
24. »	ca. 6000	1008
29. »	ca. 6000	1005
3. April	ca. 8000	1003

Das specifische Gewicht wurde regelmäßig an einer Probe der Gesammtmenge von 24 Stunden bestimmt; die Anwesenheit von Albumen oder Zucker war selbstverständlich ausgeschlossen.

Handelt es sich nun auch in diesem Falle nur um eine zufällige Komplikation oder besteht ein innerer Zusammenhang zwischen der Furunkulose und dem Diabetes insipidus?

Für die letztere Anschauung könnte eine ganze Reihe von Beweisgründen angeführt werden.

Der Pat. giebt ganz bestimmt an, schon wochenlang vor dem Auftreten der Furunkel an Polyurie und Polydipsie gelitten zu haben. Die konstitutionelle Erkrankung bestand also sicher schon lange vor der lokalen Hautaffektion, so dass es nahe liegt, letztere als Symptom des Allgemeinleidens aufzufassen.

Beim Diabetes mellitus gilt hauptsächlich die Häufigkeit des Zusammentreffens mit Furunkulose als Beweis für einen ätiologischen Zusammenhang beider Erscheinungen. Für den Diabetes insipidus habe ich wenigstens noch einen Parallelfall in der Litteratur ermittelt, nämlich in einer Arbeit von Dr. Flatten, Beitrag zur Pathogenese des Diabetes insipidus (Arch. f. Psychiatrie. Berlin, 1882). Es gesellten sich in diesem Falle zu den Symptomen eines sicher diagnosticirten, durch ein Trauma bedingten Diabetes insipidus nach einigen Wochen mehrere Furunkel, wodurch nach des Verf. Angaben »in eklatanter Weise bewiesen wird, dass hartnäckige Furunkulose ohne die den Diabetes mellitus begleitenden allgemeinen Ernährungsstörungen auch bei Diabetes insipidus vorkommt«.

Andere Gründe für die Entstehung von Furunkeln waren weder in diesem noch in unserem Falle zu ermitteln. Neben dem bestehenden Diabetes insipidus noch eine andere, für sich bestehende krankhafte Diathese, also eine Neigung zu Furunkelbildung anzu-

nehmen, wäre sehr gezwungen; rein lokale mechanische Ursachen aber sind schon dadurch ausgeschlossen, dass die Furunkel in beiden Fällen gleichzeitig an den verschiedensten Körperstellen auftraten.

Dagegen ist es sehr leicht, eine plausible Erklärung des Zusammenhanges zwischen Furunkulose und Diabetes zu finden, wenn man an das Verhalten der Haut bei der Harnruhr denkt. Unser Pat. giebt an, dass die Schweißsekretion seit Monaten bei ihm gänzlich daniederliege; in dem Bericht des Falles von Dr. Flatten findet sich die Bemerkung, dass sich die Haut auffallend trocken und lederartig anfühlt.

In einer Übersicht über eine große Reihe von Erfahrungen über den Diabetes insipidus schreibt L. Blau (Schmidt's Jahrbücher Bd. CLXIX):

»Entsprechend der so bedeutend herabgesetzten Wasserausscheidung durch die Haut zeigt sich dieses Organ auch meist trocken und spröde. Profuse Schweißsekretion finden wir in keinem einzigen Falle angegeben.«

Es liegt demnach wohl nicht fern, in den beiden hier erörterten Fällen von Diabetes insipidus, eben so wie in denjenigen Fällen von Zuckerruhr, in welchen keine Schweißsekretion stattfindet, das Zustandekommen der Furunkel einfach durch den Wasserverlust und die Austrocknung der Schweißdrüsen zu erklären.

Dass wir es bei unserem Kranken wirklich mit den an sich selteneren Schweißdrüsenfurunkeln zu thun hatten, dafür sprach schon das äußere Verhalten der Furunkel selbst. Denn diese waren, genau wie es Billroth (Allgemeine Chirurgie p. 365) beschreibt, durch ihren tieferen Sitz (als die Talgdrüsenfurunkel) an der Grenze des subkutanen Zellgewebes charakterisirt, so wie dadurch, dass ihnen das centrale Bläschen und später der offen zu Tage tretende Pfropf mangelte.

Wenn auch keiner der angeführten Gründe für sich absolut beweisend ist, so macht es die Gesammtheit derselben doch in hohem Maße wahrscheinlich, dass die Furunkulose mit dem Diabetes insipidus im Kausalkonnex steht, wenn sie zeitlich demselben folgt. Und wenn wir daraus die Forderung entnehmen, bei jeder Furunkulose auch auf Diabetes insipidus zu fahnden, so ist zu erwarten, dass bald weitere derartige Beobachtungen bekannt werden. Denn schließlich muss auch hier die Häufigkeit des Zusammentreffens den Hauptbeweis für die innere Zusammengehörigkeit beider Symptome liefern.

---

1. **A. Löwy.** Über den Einfluss der Abkühlung auf den Gaswechsel des Menschen. (Aus dem thierphysiolog. Laboratorium der landwirthschaftl. Hochschule in Berlin.)

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. p. 189.)

In Anbetracht des Umstandes, dass bis jetzt eine Einigung der Ansichten über den Einfluss von Wärmeentziehungen auf

die Wärmeproduktion noch nicht erzielt ist, hat Verf. es unternommen, neue Untersuchungen am Menschen darüber anzustellen. Als Maß für die Wärmebildung diente ihm der Sauerstoffverbrauch und die Kohlensäureproduktion.

Das eingeschlagene Verfahren war dasselbe, das Geppert und Zuntz benutzt hatten: Die Ausathmungsluft wurde nämlich gemessen und Durchschnittsproben nach dem Hempel'schen Verfahren auf ihren Sauerstoff- und Kohlensäuregehalt geprüft. Im Ganzen wurden 55 Versuche an 16 verschiedenen Individuen angestellt, die zuerst bekleidet oder im warmen Bade, dann entkleidet oder im kühlen Bade mit dem Athmungsapparate in Verbindung gesetzt waren. Jeder Versuch dauerte $2^1/_2$—3 Stunden.

Zunächst gewann Verf. eine Reihe von wichtigen Ergebnissen bezüglich der normalen Athmung des Menschen, die um so werthvoller sind, als sie an einem verhältnismäßig großen Material erhoben wurden.

Der O-Verbrauch war bei muskulösen kräftigen Menschen größer wie bei schwächeren, bei mageren höher wie bei fetten. Der höchste Werth war 5,36 ccm pro Kilo und Minute, der niederste 3,31 ccm. Die absolute Größe des O-Verbrauches konnte bei einem und demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten beträchtlich, im Maximum bis zu 27%, schwanken.

Die CO_2-Ausscheidung betrug zwischen 2,8 und 5,0 ccm pro Kilo und Minute.

Die Athemfrequenz war für dieselbe Person nahezu dieselbe für alle Versuche; bei der einen war sie 7—10, bei zweien 10—14, bei 11 Personen 14—18, bei 2 über 20 in der Minute.

Die Athemgröße schwankte zwischen 3,5 und 8,5 Liter pro Minute. Das Verhältnis dieser Größe zur Beschaffenheit der Exspirationsluft war bei demselben Individuum nahezu konstant, schwankte aber erheblich bei Vergleichung verschiedener Individuen, ohne dass sich ein Zusammenhang dieser Schwankungen mit Körpergröße oder Körpergewicht nachweisen ließ; dagegen waren die Athemfrequenzen von Einfluss darauf. Im Durchschnitt aller Versuche enthielt die Ausathmungsluft 3,396% CO_2, wogegen 4,5% O verbraucht waren.

Der respiratorische Quotient $\left(\frac{CO_2}{O}\right)$ schwankte bei völlig ruhiger Athmung zwischen 0,56 und 0,99. Auch hier machte sich eine gewisse individuelle Konstanz geltend.

Was nun den Einfluss der Abkühlung anlangt, so machte sich ein solcher zunächst bezüglich der Athemfrequenz geltend. In der Hälfte der Fälle sank dieselbe (um 1—3 in der Minute), in vielen Fällen blieb sie gleich, in einigen stieg sie (um 2—3 pro Minute). Die Athemgröße war während der Kältewirkung zumeist höher, in anderen Fällen niedriger wie zuvor oder sie blieb sich (in

der Minderzahl der Versuche) gleich. Der CO_2-Gehalt der Ausathmungsluft war in 24 Fällen erhöht, in 15 gleich, in 10 vermindert. Ganz entsprechende Änderungen zeigte die procentische O-Abnahme. Dem entsprechend schwankte während der Einwirkung der verschiedenen Außentemperaturen der respiratorische Quotient nur unbedeutend.

Am wichtigsten war die Untersuchung des Einflusses, den die Abkühlung auf die Größe des Gaswechsels ausübte. Es ergab sich in dieser Beziehung Folgendes: Der Sauerstoffverbrauch blieb dem vorher beobachteten gleich in 36,3%, sank in 16,3%, stieg in 47,3% der Fälle. Die Größe der Oxydationssteigerung war sehr verschieden; sie betrug im Maximum 90,8%, im Minimum 5—10%. In allen denjenigen (29) Fällen, in denen der O-Verbrauch nicht stieg, bestand trotz des Kältegefühles und der meist vorhandenen Abnahme der Körpertemperatur volle körperliche Ruhe; in der Hälfte derjenigen Fälle, in denen die Oxydationsgröße sich gesteigert fand, machten sich Muskelzittern oder Muskelspannungen bemerklich. Gerade bei den höchsten Ausschlägen der Oxydationsgröße wurden tonische oder klonische Muskelkontraktionen beobachtet. In denjenigen Fällen gesteigerter Oxydation, in denen eine Vermehrung der Muskelthätigkeit nicht nachgewiesen werden konnte, war eine solche doch nicht auszuschließen.

Dass der Mehrverbrauch auf einer vermehrten Zersetzung, das Gleichbleiben der O-Aufnahme auf einem Gleichbleiben derselben beruhen müsste, dafür bürgte die Konstanz des respiratorischen Quotienten.

Von hohem Interesse war die Frage, wie sich unter den vorliegenden Verhältnissen die Wärmeregulation gestaltete, wie sich die Körpertemperatur verhielt. Es zeigte sich, dass sie um ein Geringes steigen oder dass sie sinken konnte; in bei Weitem den meisten Fällen sank sie und ihr Sinken konnte durch den Eintritt von Muskelzittern oder -Spannung nicht aufgehalten werden. Unter den 4 Fällen, in denen sie ein wenig stieg, waren 3, bei denen eine Vermehrung der Zersetzungsprocesse nicht nachgewiesen werden konnte. Hier hatte also das Hautorgan als alleiniger und vollkommener Regulator fungirt, während es in den meisten Fällen, selbst in Verbindung mit der Inanspruchnahme der Muskulatur nicht vermochte, den Wärmeabfall aufzuhalten.

Stehen diese Erfahruugen über die Wärmeregulirung des Menschen im Einklang mit den Ausführungen von Bergmann und mit den Versuchsergebnissen von Winternitz, Voit, Senator, Speck, so widersprechen sie andererseits den Versuchen von Liebermeister und den Thierexperimenten, die Röhrig und Zuntz, Colasanti, Finkler im Pflüger'schen Institut ausgeführt haben; denn diese waren zu dem Ergebnis gelangt, dass auf jede Wärmeentziehung unwillkürlich durch Nerveneinfluss eine Steigerung der Wärmebildung eintrete.

Verf. schließt seine Abhandlung mit folgender Schlussbetrachtung: »Das thatsächlich Sichergestellte der Regulirung der Körperwärme beim Menschen würde demnach auf Grund der vorliegenden Versuche darin bestehen, dass auf den Kältereiz als Erstes eine Kontraktion der Haut und ihrer Gefäße eintritt, die durch Beschränkung der Wärmeabgabe eine bei geringer Wärmeentziehung vollkommene, bei stärkerer nur unvollkommene Kompensation bewirkt. Im letzteren Falle wird die Körpertemperatur noch mehr oder weniger sinken, im ersteren konstant bleiben.

Änderungen der Produktion können sich hinzugesellen; sie beruhen auf tonischen oder klonischen Muskelkontraktionen, d. h. Muskelspannungen oder Zitterbewegungen, die unwillkürlich oder selbst gegen den Willen, wie bei anderen Reizen, so auch bei starker Kältewirkung auftreten.

Ihre Wichtigkeit als wärmeregulirendes Mittel ist beim Menschen weit hinter der der Haut zurückstehend, das Sinken der Körpertemperatur vermögen sie nicht hintanzuhalten.«

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **Eijkman.** Verslag over de onderzoekingen, verricht in het Laboratorium voor pathologische Anatomie en Bacteriologie te Weltevreden gedurende het jaar 1888.

(Separat-Abdr. aus het Geneeskundig Tijdschr. v. Nederl.-Indië 1889. Deel XXIX. Aflever. 1.)

Die Untersuchungen aus dem in einer Vorstadt von Batavia gelegenen Laboratorium beweisen zunächst das Vorkommen des Typhusbacillus, des Micrococcus prodigiosus, des Bac. pyocyaneus u. a. bei uns häufiger Bakterien in Holländisch-Indien.

Specielle Aufgabe war die Untersuchung der Framboesie, der Beri-Beri und der Cholera. Bei der ersteren Krankheit fanden sich in den verschwärenden papillomatösen Wucherungen der Haut, abgesehen von den von außen eindringenden Kokken, Herde von degenerirenden Zellen mit Bacillenhäufchen. Diese Herde sind noch durch eine dünne Zellschicht von der Hornschicht geschieden; die Bacillen — kurz, mit stumpfen Enden und nach Gram färbbar — ließen sich leicht kultiviren; Infektionsversuche an Affen, Kaninchen etc. schlugen fehl.

Die Untersuchungen über Beri-Beri führten ebenfalls zu keinem sicheren Resultat. Es wurden im Blut in einzelnen Fällen Bakterien gefunden, doch glückte ihre Kultur nicht.

Bei den Cholerafällen ließ sich fast immer der Koch'sche Bacillus nachweisen; gleichzeitig fanden sich im Stuhl noch andere feinere Spirillen, die auch schon früher in einem Fall von »Febris perniciosa cholerica« beobachtet waren (nicht kultivirt!). Es zeigte sich, dass der Cholerabacillus auch in einem Gemisch von Mundschleim und Speichel gut wächst und es wird darauf hin die be-

achtenswerthe Vermuthung ausgesprochen, dass der Bacillus unter Umständen zunächst sich im Mund ansiedelt und die Infektion des Darmkanals von hier aus in einem geeigneten Moment stattfindet. In 1 von 12 Fällen wurde der Kommabacillus in der That in der Mundhöhle gefunden, obgleich der Kranke seit mindestens 6 Stunden nicht erbrochen hatte. Es wären weitere Untersuchungen zur Zeit einer Cholera-Epidemie bei bisher Gesunden anzustellen. Es wurde schließlich eine Reihe von Desinfektionsversuchen mit Cholerastühlen vorgenommen. Frische Stühle verhielten sich hierbei nicht ganz so wie sterilisirte und von Neuem inficirte. Kalkwasser wird weniger empfohlen als Sublimat, Karbol- und Salzsäure.

H. Neumann (Berlin).

---

3. **A. de Paolis.** Sulla proprietà vaccinale dello streptococco dell' erisipela.

(Riforma med. 1889. No. 200.)

Verf. theilt zunächst eine Reihe von Experimenten mit, welche mit dem vorgesetzten Thema nur in einem zufälligen Zusammenhange stehen, deren Ergebnis aber werthvoll genug ist, um hier in aller Kürze wiedergegeben zu werden.

Ausgehend von der bekannten Kontroverse zwischen Charcot und Schiff, ob die neuroparalytische Hyperämie einen bestimmten Einfluss auf künstlich hervorgerufene Entzündungen nähme und welchen, stellte er im Laboratorium des Prof. Maffucci zu Pisa Versuche in der Art an, dass er durch Exstirpation des Ganglion cervicale supremum sympathici an dem einen Ohr des Kaninchens jenen hyperämischen Zustand erzeugte und dann sowohl dem gesunden wie dem kranken Ohre Erysipelkokken einimpfte, welche er auf Fleischbrühe oder in Gelatine gezüchtet hatte.

Gleichviel ob die Impfung sofort nach der Operation oder erst nach Verheilung der Operationsnarbe vorgenommen wurde, stets trat das folgende Ergebnis zu Tage: Die Kaninchen, welche in den Nachmittagstunden des Tages geimpft worden, zeigten am Morgen des anderen Tages bereits die ersten Zeichen der erysipelatösen Entzündung auf der operirten Seite, während am Ohr der gesunden Seite noch keine Spur vorhanden war. Nach 24 oder 36 Stunden gab es am Ohr mit der vasoparalytischen Hyperämie ein ausgebildetes Erysipel, während am anderen Ohr erst der Beginn des Entzündungsprocesses auftrat. Gemeiniglich stand 48 Stunden oder ein wenig später nach der Impfung das Erysipel auf dem Ohr der operirten Seite in vollster Blüthe; wogegen auf der anderen Seite das Ohr erst 4—5 Tage nach der Impfung das Maximum der Entzündung zeigte.

Der schnelleren Entwicklung des Erysipels an dem paralytischen Ohr entsprach eine rapide Lösung der Entzündung, derart, dass die völlige Restitutio ad integrum am 6., 7. oder 8. Tage nach der Impfung eingetreten war, während am anderen Ohr der Krankheits-

process noch in voller Entwicklung stand oder höchstens eine geringe Abnahme zeigte und erst gegen den 12.—13. Tag rückgängig wurde. Dazu kommt, dass der Impfeffekt am gesunden Ohr ungleich schwächer zu Tage trat als am anderen, gleich als ob letzteres mit einer Kultur von größerer Virulenz geeimpft worden wäre.

Kleine Schwankungen in den vorstehenden Ergebnissen ließen sich auf die Qualität und Quantität des zur Verwendung gelangten Impfmaterials, auf Alter und vitale Kraft der Versuchsthiere, vorzüglich aber auf theilweise Immunität durch vorhergegangene Impfungen beziehen. Bezüglich der letzteren ergab sich, dass jede folgende Impfung am selben Thier milder verlief als die vorhergehende.

Bei einer Umkehrung des Experimentes in der Art, dass zuerst die Impfung, dann die paralysirende Operation des Sympathicus an einer Halsseite vorgenommen wurde, stellte sich heraus, dass der Eintritt der paralytischen Hyperämie am entzündeten Ohr von einer tumultuarischen Veränderung begleitet wird: das Ohr wird heiß, von Blut strotzend, dampft, nachdem es befeuchtet worden. Das Erysipel löst sich völlig in den nächsten 40 oder 36 Stunden, bisweilen in noch kürzerer Zeit, während am anderen Ohre der Process stets mehrere Tage bis zur Lösung gebraucht. Ausnahmslos ist der Ausgang des Erysipels am paralytischen Ohr der zur völligen Heilung, selbst wenn jenes als bullöses oder phlegmonöses erschien, und der Ausspruch Charcot's, dass die unter dem Einfluss einer Gefäßparalyse stehenden Gewebe stärkere Tendenz zu einer Reparation zeigen als normal durchblutete Gewebe, fand stets volle Bestätigung. —

Im Verfolg der vorstehenden Untersuchungen machte Verf. eine Beobachtung, welche den eigentlichen Gegenstand seiner Mittheilung bildet. Er fand, dass Erysipelkulturen, welche 6 Monate lang auf Fleischbrühe und Gelatine weiter gezüchtet worden, ihre Virulenz völlig verloren hatten, wiewohl die Wachsthumsfähigkeit nicht gelitten hatte; letztere wurde unverändert in die 26. Generation verfolgt, aber eben so unverändert blieb der Verlust der Virulenz. Von einer Fleischbrühkultur wurden nach der 10. Weiteraussaat 3 ccm in die Jugularvene und in die Bauchhöhle von Kaninchen gespritzt, ohne dass in Folge dessen pathologische Erscheinungen auftraten. Nun ergab sich, dass alle Thiere, welche mit der ungiftigen Kultur geimpft worden waren, gegen eine neue Impfung mit frischem, höchst virulentem Material sich immun verhielten.

Für den Verlust der Virulenz in den oben erwähnten Kulturen konnte weder die Einwirkung des Sonnenlichtes, noch ein Hineingelangen von antiseptischen Substanzen verantwortlich gemacht werden. Dass auch eine Wirkung der Stoffwechselprodukte des Pilzes selbst nicht in Frage kommt, bewies der Umstand, dass eine 2 Jahre alte Kultur, die in zugeschmolzenem Glase aufbewahrt worden, nichts von ihrer Virulenz verloren hatte. In letzterer fiel das Zuströmen

von frischem Sauerstoff zur Kultur weg und Verf. schreibt diesem Gase die abschwächende Wirkung auf die anderen offenstehenden Kulturen zu (eine Ansicht, die inzwischen durch Chauveau's Versuche über Abschwächung des Milzbrandes durch Kultivirung unter erhöhtem Sauerstoffdruck und über die Schutzkraft der Impfung mit diesen nicht virulenten Kulturen bekräftigt worden ist).

Während nach gewöhnlicher Ansicht der Streptococcus des Erysipels auf Bouillon bei 30° C. das Optimum seines Wachsthums zeigt, konnte P. noch bei 37° höchst wachsthumsfähige Kulturen fortzüchten. Aber diese verloren völlig ihre Virulenz wie jene, welche dem atmosphärischen Sauerstoff lange Zeit ausgesetzt waren, und erwiesen sich fast eben so sehr wie letztere als schutzkräftig gegen sekundäre virulente Impfungen. Über die Dauer der Schutzkraft, über die Zahl der nothwendigen Schutzimpfungen hat Verf. noch keine Versuche gemacht; zum mindesten währt die erstere mehrere Wochen. Eine Reihe von Beobachtungen, in welcher der höchst virulente Streptococcus eines Puerperalfiebers bei Thieren, die im obigen Sinne immun waren, schadlos blieb, lässt dem Verf. die Vermuthung entstehen, ob etwa der Streptococcus des Puerperalfiebers und des Erysipels identisch sei. **G. Sticker** (Köln).

---

4. **A. Rovighi.** Sull' influenza del riscaldamento e raffreddamento del corpo in alcuni processi febbrili.

(Rassegna di scienze med. Modena 1889.)

Den Streit und Gegenstreit über die wohlthätige oder schädliche Bedeutung der gesteigerten Körperwärme im Fieber dem Ausgleich näher zu bringen, stellt R. Experimente am Thier an, aus denen zunächst wiederum hervorgeht, wie schwierig und verwickelt das Problem ist. Verf. stellt die verschiedensten Bedingungen dadurch her, dass er von Kaninchen, die mit infektiösem Material geimpft worden, einige in ein Schwitzbad bringt und damit die Temperatur des Thieres steigert, andere im kalten Bade abkühlt, sobald die Fiebertemperatur 40 oder 41° C. überschreitet, wieder andere nach vorhergegangenem Abscheren des Pelzes in eine kalte Stube setzt, und noch andere als Kontrollthiere unter gewöhnlichen Verhältnissen im Laboratorium hält. Als Impfgift dienten menschlicher Speichel, Bacilluskulturen der Kaninchenseptikämie und solche des Milzbrandes. Unter dem Wechsel dieser verschiedenen Bedingungen, deren weitere Vervielfältigung R. für nöthig erachtet, ergiebt sich immerhin so viel, dass eine Erhöhung der Temperatur des Organismus die Widerstandsfähigkeit des letzteren gegen experimentell erzeugte Infekte erhöht, während eine Erniedrigung der Außentemperatur oder eine Verhinderung der Temperatursteigerung im Körper den tödlichen Ausgang der künstlich hervorgerufenen Krankheit beschleunigt. Des Weiteren sah R. bei Thieren, bei welchen er die fieberhafte Erhöhung der Körperwärme unbeeinflusst ließ oder gar durch Einbringen

des Thieres in den Wärmeschrank während verschiedener Perioden des Infektes steigerte, die Lebensdauer verlängert, den Körpergewichtsverlust verzögert, ganz im Gegensatz zu den Ergebnissen bei den Thieren, deren Fieberwärme mittels der angeführten Maßnahmen herabgedrückt wurde. Diese Beobachtung trat übrigens konstanter bei der Fiebererzeugung durch Speicheleinspritzung und durch Septikämie-Impfung zu Tage als bei der Milzbrandinfektion.

Intraperitoneale Injektionen des Blutes von Kaninchen, welche eine Speichelvergiftung bei verschiedenen Temperaturgraden bestanden, so wie Aussaaten von Kulturen aus jenem Blut ergaben, dass das Blut von Kaninchen, die hohen Fiebergraden überlassen oder hohen Außentemperaturen ausgesetzt waren, eine größere Giftigkeit besitzt als das Blut von Kaninchen, welche nach der Infektion abgekühlt worden; während umgekehrt bei diesen das Blut als weit infektionskräftiger sich erwies und weit größere Kolonien von Organismen auf den üblichen Nährböden zur Entwicklung kommen ließ als das Blut der erhitzten Thiere. Zur Erklärung dieser Thatsachen nimmt Verf. an, dass bei der gesteigerten Körperwärme im Kreislauf Ptomaine und Leukomaine auftreten, welche der Weiterentwicklung und der Ausbreitung mancher pathogener Keime hinderlich werden. Er unterstützt diese Hypothese mit den hergehörigen Beobachtungen anderer Autoren und mit seiner Erfahrung, dass es genügt, milzbrandkranke Thiere während des Ablaufes der Krankheit mehrmals abzukühlen, um das Auftreten der Bacillen im Blute sehr rasch zu bewirken.

Die anatomische Untersuchung der mit Speichel inficirten und danach erhitzten Thiere ergab eine weit reichlichere Bildung von fibrinösem und purulentem Exsudat als bei den durch Abkühlung dem Tode schneller zugeführten Kaninchen.

(Auf dem italienischen Kongress für innere Medicin in Rom 1889 bestätigt Queirolo die Angaben R.'s über die wohlthätige Einwirkung erhöhter Körperwärme auf den Verlauf einer Infektion, indem er sich auf seine Untersuchungen über die Toxicität des Schweißes in Fieberkrankheiten stützt. Er sah Typhuskranke, Malariakranke und Rheumatismuskranke bei Schonung ihres Fiebers oder gar bei Steigerung desselben durch heiße Luftbäder sich wesentlich besser befinden als nach Bekämpfung des Fiebers mittels antipyretischer und antithermischer Encheiresen. Riforma med. 1889 No. 256.) **G. Sticker** (Köln).

---

5. **Kirstein** (Köln). Experimentelles zur Pathologie des Ileus.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 49.)

I. Zur Genese des fäkulenten Erbrechens.

Da die Experimente von Jaffé und Salkowski (Virchow's Archiv Bd. LXX und LXXIII) bei Gelegenheit ihrer Untersuchungen über Indican- und Phenolausscheidungen gezeigt hatten, dass

die Unterbindung des Dünndarmes des Hundes nur vorübergehend Ileus erzeugt, weil nach einigen Tagen der Ligaturfaden durchschneidet und die Darmwand sich hinter dem durchschneidenden Faden mit lineärer Narbe vereinigt, so führte K. unter Leichtenstern's Leitung einen vollständigen dauernden Darmverschluss dadurch herbei, dass er den Darm des Hundes quer durchschnitt, jedes Ende für sich durch sorgfältige Suturen verschloss, darauf etwa 1 cm weit invaginirte und nun mit einer zweiten Serosa an Serosa heftenden Etage übernähte. Dadurch ist jede Verbindung zwischen den beiden Darmstücken ausgeschlossen und der Darminhalt findet ein unüberwindbares Hindernis, während die Innervations- und Cirkulationsverhältnisse nicht alterirt sind. Im Gegensatz zu dem Verschluss mit einklemmungsartigen Vorrichtungen bezeichnet K. diese Manipulation als glatten Darmverschluss. Diese Operation wurde an einem Hunde ausgeführt und zwar dicht über der Bauhin'schen Klappe, also an der tiefsten Stelle des Dünndarmes. Der Hund erholte sich rasch von der Operation, war munter und fraß mit Appetit; in der zweiten Woche aber trat vollkommene Appetitlosigkeit ein, so dass der Hund etwa vom Ende der dritten Woche an nur noch Wasser genoss. Der Hund magerte bedeutend ab, wurde elend und starb 6 Wochen nach der Operation. Während der ganzen Zeit hat der Hund nie erbrochen. Bei der Sektion zeigte sich, dass der Hund einfach verhungert war. Wichtig ist der Befund des Verdauungskanals: der Magen war sehr klein und leer; der ca. 2 m lange Dünndarm war im Duodenaltheil fast leer, das Jejunum und das obere Ileum nur mittelwerthig mit Gas und Flüssigkeit gefüllt; nur der letzte, 60 cm über der Verschlussstelle beginnende Abschnitt des Dünndarmes stellte eine fast plötzlich einsetzende kolossale Erweiterung dar in Form eines cylindrisch blind endigenden Schlauches, prall gefüllt mit grau-grünlichem zähem Kothbrei. Der Dickdarm war fest kontrahirt und leer. Dieser Sektionsbefund beweist also, dass der Magen und der größte Theil des Dünndarmes ihre motorischen Pflichten ungestört ausübten und dass erst an der Stelle des absoluten Darmverschlusses eine Störung mit ihren mechanischen Folgen zu Stande kam. Die hochgelegenen Abschnitte des Darmes waren frei und somit fehlten die Bedingungen für das Kothbrechen, wenn das Kothbrechen nur möglich ist bei Inhaltsmassen in den obersten Darmschlingen. Wenn nun K. eine Stelle des Dünndarmes beim Hunde einfach fest umschnürte, so stellte sich ein akuter Ileus ein mit Kotherbrechen und dieses trat auch ein, wenn die Umschnürung dicht über der Bauhin'schen Klappe stattfand. Die Hunde erholten sich nach einigen Tagen und waren wieder vollkommen gesund. Auf Grund der anatomischen Prüfung kommt K. hierbei zum Schlusse, dass es sich um eine funktionelle Störung des oberen Darmabschnittes handele, eine Störung der Innervation, die nur durch Reflex von der weit entfernt liegenden eingeklemmten Darmschlinge bewirkt sein könne; der reflexauslösende Reiz liege

in der Misshandlung des eingeklemmten Darmes und seiner Nerven durch den einklemmenden Ring. Bei hochliegendem Darmverschluss solcher Art spielt natürlich der Sitz eine besondere Rolle, da bald das über der Verschlussstelle liegende Stück mit Darminhalt gefüllt ist, somit ein Theil desselben in den Magen fließen kann, ein Überlaufen, wie aus einem bis zum Rande gefüllten Gefäß.

II. Zur Frage der Antiperistaltik.

In ingeniöser Weise sucht K. diese Frage zu erledigen, indem er bei Hunden größere Stücke, bis zu 57 cm lang, des Dünndarmes resecirte, in umgekehrter Lage, also das analwärts gelegene Ende pyloruswärts vice verse in die Darmkontinuität wieder einnähte, die Bauchhöhle schloss und dann das Thier beobachtete; hierdurch wird das Darmstück vollkommen in verkehrter Richtung eingenäht, ohne dass seine Cirkulation eine Störung erlitt. An 2 Hunden gelang die Operation; der eine Hund, der ganz gesund schien, wurde nach 7 Wochen, der andere nach einem Vierteljahr getödtet. Beide Hunde haben niemals erbrochen und ganz regelmäßig ihre Fäces entleert. Die Sektion ergab bei dem zweiten Hunde an der oberen Nahtstelle eine beträchtliche Dilatation, 16 cm lang, genau so, dass 8 cm oberhalb und 8 cm unterhalb der Naht lagen; die Wandstärke des dilatirten Darmstückes kam der Norm gleich, aber das oberhalb der Dilatation unmittelbar anschließende Darmstück zeigte eine beträchtliche Verdickung der Muskulatur in einer Länge von 7 cm. Der Darm des ersten Hundes ist analog. Es kann nicht bezweifelt werden, dass bei beiden Hunden ein regelmäßiger Transport des Darminhaltes vom Magen bis zur Entleerung stattgefunden hat und dass also auch die umgekehrten Darmabschnitte, wenigstens zeitweise, in einer Richtung zu transportiren vermochten, welche als antiperistaltische bezeichnet werden muss. Die Annahme, dass etwa die dilatirte Stelle zuerst den Inhalt gesammelt und dann durch mächtige Zusammenziehung diesen Inhalt durch die umgekehrte Darmpartie durchgepresst habe, wird abgelehnt; dass auch zeitweise in der ursprünglich normalen Richtung das umgekehrte Darmstück arbeitete, lehrt die erwähnte Dilatation an der oberen Naht, welche dadurch erklärt wird, dass der umgekehrte Darmabschnitt seinen Inhalt nach dem Pylorus zu entleerte und an der oberen Nahtstelle mit dem aus dem Pylorus kommenden Darminhalt zusammenstieß. Es erweitert schließlich K. die Nothnagel'schen Sätze von der Antiperistaltik dahin, dass auch der physiologische Reiz des gewöhnlichen Darminhaltes unter Umständen zu Antiperistaltik führen kann, wenn der normalen katastaltischen Inhaltsbeförderung abnorme Widerstände entgegenstehen; die Widerstände waren in diesen Versuchen rein dynamische, aus der unphysiologischen Lage sich ergebende; wenn das aber zutrifft, so liegt kein Grund vor, die Möglichkeit antiperistaltischer Bewegung für die mechanischen Hindernisse, welche bei dem Ileus durch Darmverschluss vorliegen, einfach auszuschließen. Für die

Möglichkeit der Betheiligung antiperistaltischer Bewegung beim Kothbrechen im Ileus, wie sie Leichtenstern, bei voller Anerkennung der Haguenot'schen mechanischen Theorie, offen gehalten hat, sprechen diese Versuchsergebnisse sehr deutlich.

Prior (Köln).

---

6. **Steiner** (Köln). Der Menière'sche Schwindel und die halbzirkelförmigen Kanäle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 47.)

Durch früher vom Verf. angestellte Versuche am Haifisch hat sich herausgestellt, dass bei diesem Thiere sämmtliche Bogengänge entfernt werden können, ohne irgend welche nachfolgenden Störungen in den Bewegungen des Operationsthieres. Verf. zieht hieraus die Schlussfolgerung, dass zwischen der Erhaltung des Gleichgewichtes und den Bogengängen Beziehungen nicht bestehen, eine Thatsache, welche früher schon von Böttcher (und dem Ref. am Säugethiere) durch Experimente erschlossen wurde. Wenn Breuer in einer neueren mitgetheilten Versuchsreihe nachwies, dass auf verschiedene, die häutigen Bogengänge treffenden Reize Bewegungen des Kopfes in der Ebene des gereizten Kanales folgen, so beweise dies nur, dass Reizungen der Bogengänge die Bewegungen des Thieres beeinflussen können, nicht aber, dass die Halbzirkelkanäle für die Erhaltung des Gleichgewichtes nothwendig sind. Diese Erfahrungen lassen die Goltz'sche Theorie hinfällig erscheinen und alle Konsequenzen, welche sich auf dieselbe stützend für die Deutung des Menière'schen Schwindels vielfach angezogen wurden. Der Menière'sche Symptomenkomplex findet seine Erklärung in Veränderungen des Gehirns oder in Cirkulationsstörungen desselben.

B. Baginsky (Berlin).

---

7. **Erb.** Über »Augenblicksdiagnosen« in der Nervenpathologie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 42. p. 857.)

Unter Augenblicksdiagnosen versteht Verf. nur diejenigen Diagnosen, die man auf Grund einzelner bestimmter pathognostischer Symptome sofort mit großer Sicherheit stellen kann, wo man ohne langes Befragen der Kranken, ohne weitschichtige und umsichtige Untersuchung derselben, so zu sagen eine »Momentaufnahme« der ganzen Krankheit macht.

Es ist nicht genau dasselbe was man unter »praktischem Blick« versteht, den man definirt als die Fähigkeit, in schwierigen, dunklen, verwickelten Krankheitsfällen auf der richtigen Spur zu bleiben, das Wesentliche zu erkennen oder zu ahnen, das Heilsame für den Kranken zu thun; es handelt sich vielmehr darum, gleichsam mit einem Blick eine sichere Diagnose zu stellen, die Hauptsymptome sofort zu übersehen, ohne dass eine nachfolgende gründliche Untersuchung

etwas wesentlich Neues bringt (es giebt auch noch eine Anzahl von Krankheiten des Nervensystems, bei denen man freilich die Hauptstörung auf den ersten Blick leicht zu erkennen vermag, ohne dass dann sofort schon die ganze Diagnose fertig wäre; diese Fälle sind nicht gemeint).

Verf. entwirft sodann skizzenhaft ein außerordentlich prägnantes Bild der hierhergehörigen Krankheitsformen: Tabes dorsalis, Paralysis agitans, Tetanie, Myotonia congenita, Morbus Basedowii, Dystrophia muscularis progressiva, Poliomyelitis ant. acuta, der multiplen Sklerose, der progressiven Bulbärparalyse, der amyotrophischen Lateralsklerose und endlich der Dementia paralytica. Es ist unmöglich, noch kürzer die genannten Bilder wiederzugeben, andererseits würde eine wörtliche Wiedergabe den Rahmen eines Referates überschreiten; ich verweise daher auf das Original, das ein Jeder mit großem Nutzen lesen wird, wenn auch, wie Verf. selbst sagt, dem Specialisten kaum etwas Neues geboten wird. **K. Alt** (Halle a/S.).

---

8. **H. Lissauer.** Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrag zur Theorie derselben.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. p. 222—270.)

L. beschreibt uns zunächst ausführlich einen Fall von Seelenblindheit und erörtert die zahlreichen sinnreichen Experimente, welche mit dem 80jährigen, zugleich hemianopischen Kranken angestellt wurden zur Prüfung des Augenmaßes, des Farbensinnes, des stereoskopischen Sehens, des optischen Gedächtnisses, des Formensinnes etc. Im Weiteren kommt er auf Grund eingehender psychischer Betrachtungen zur Eintheilung der Seelenblindheit in 1) eine associative Form, 2) eine Form, welche auf gleichzeitiger Störung der apperceptiven und associativen Thätigkeit beruht, 3) eine ausschließlich auf Störung der apperceptiven Thätigkeit zurückzuführende Form.

Um die erste Form würde es sich handeln bei ausschließlicher Unterbrechung der Association zwischen optischem Wahrnehmungsinhalt und den übrigen Komponenten des dazu gehörigen Begriffes. Die dritte Form, welche eben so wie die erste nur rein beobachtet werden dürfte, betrifft Kranke, bei welchen das Wiedererkennen der Außenwelt wesentlich an der mangelhaften Wahrnehmung scheitert. Auch für gewisse Hirnfälle, welche ins Gebiet der Asymbolie, d. h. einer mit analogen Erscheinungen anderer Sinnessphären komplicirten Seelenblindheit gehören, möchte Verf. die Bezeichnung Seelenblindheit gelten lassen. Seine eigene Beobachtung rechnet Verf. der associativen Form zu. Die Apperception des Kranken bei einfachen Aufgaben ist eine ziemlich scharfe, wie die Prüfungen der Sehschärfe und des Augenmaßes belegen; da der Kranke ferner im Stande ist, einfache Figuren und Gegenstände nachzuzeichnen, ist bewiesen, dass die Apperception einfacher Formen durchaus genügen

würde, um die Figuren und Gegenstände wieder zu erkennen; da der Kranke aber die gezeichneten Gegenstände nicht erkennt, muss auf eine krankhafte Hemmung der Associationsthätigkeit geschlossen werden.

In der Voraussetzung, dass man es mit einer einzigen Sehschärfe zu thun hat, kann man den ganzen funktionell zusammengehörigen Apparat des Sehcentrums in drei Glieder zerlegen: 1) die subcorticalen von der Peripherie herkommenden Leitungen (sagittales Marklager), 2) die Rindenwerkstätte selbst, 3) die transcorticalen Leitungen zur Verknüpfung des Centrums mit der übrigen Hemisphärenfläche (theilweise parallel dem sagittalen Marklager verlaufend, aber nicht zu einem kompakten Bündel gesondert und durchflochten von Projektions- und Associationsbündeln des Parietallappens). Durch einen Herd im Marklager des Parietallappens könnte nun ein Theil dieser transcorticalen, optischen Associationsbahnen zerstört werden, ohne dass die Rinde der Sehsphäre selbst oder die subcorticalen Bahnen selbst (die auch in der Gefäßversorgung unabhängig sind) lädirt wären; eben so wäre dies auch bei den subcorticalen Bahnen denkbar, und man hätte also 1) subcorticale (Amblyopie), 2) transcorticale (associative Seelenblindheit) und 3) corticale (apperceptive Seelenblindheit) Sehstörungen aus einander zu halten. Wobei natürlich für die klinische Praxis zu bemerken ist, dass sich eine derartige Trennung nicht ganz streng durchführen lässt.

Die klinische Symptomatik der einzelnen Formen wird im Folgenden noch genauer erläutert und bei dieser Gelegenheit auch hervorgehoben, dass die Raumvorstellungen, ein Produkt aus den verschiedensten Sinnesempfindungen, auch in einem weiter ausgedehnten Bereich der Hirnwindungen lokalisirt sein müssen, dass ferner, wenn man die Kombination von Retinalempfindungen mit bulbmuskulären Innervationsgefühlen zur Erhaltung des Raumsinnes für ausreichend erachtet, die Sehsphäre nur um den Gyr. angularis, welcher nach neueren Untersuchungen als das Rindencentrum für die Augenbewegungen zu betrachten ist, erweitert zu werden braucht. Zum Schluss gruppirt Verf. die Art und Weise, wie sich in seinem Falle die Verkennung sinnlicher Eindrücke äußert, in verschiedene Kategorien.

A. Cramer (Eberswalde).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

9. **Bruns** und **Kredel**. Über einen Fall von angeborenem Defekt mehrerer Brustmuskeln mit Flughautbildung.

(Fortschritte der Medicin 1890. No. 1.)

Verf. hatten Gelegenheit, einen 12jährigen Knaben zu beobachten, dessen Körper auf den ersten Blick eine ganz auffällige Abflachung der linken Thoraxhälfte zeigte. Die ganze sterno-costale Partie des Pectoralis major fehlt, von der clavicularen ist ein ganz spärlicher Theil zurückgeblieben. Eben so ist bei geeigneter Armhaltung das vollständige Fehlen des Pectoralis minor leicht festzustellen. Schließlich fehlt vollständig der M. serratus major, was durch elektrische Prüfung,

durch die für Serratuslähmung charakteristische Stellungsveränderung der Scapula und den ebenfalls charakteristischen Funktionsausfall des linken Armes leicht festgestellt werden kann. Die letztere Thatsache, wird aber theilweise auch bedingt durch eine flughautartige Verbindung zwischen Thorax und Oberarm; eine straffe Membran, die bedeutend herabgerückte vordere Achselfalte, spannt sich dicht unterhalb der Mamilla nach dem unteren Drittel des linken Oberarmes hinüber und setzt sich von da über das Ellbogengelenk hinaus als allmählich sich verjüngende Hautfalte fort. Da der Knabe durch das Reiben der Kleider an dieser Falte belästigt wurde, wurde dieselbe getrennt und es ergab sich dabei, dass sie durch eine 5 mm dicke, glänzende sehnige Masse ausgefüllt war. Ferner fand sich noch zwischen den Grundphalangen des linken Zeige- und Mittelfingers eine Syndaktylie; der 4. und 5. Finger standen in Flexion und ließen sich nicht strecken, offenbar in Folge einer Missbildung der kleinen Interphalangealgelenke. Erheblich ist die Differenz in Größe und Entwicklung der beiden oberen Extremitäten. Die ganze linke ist sehr zurückgeblieben und zwar so, dass die distalsten Gliedabschnitte, Finger und Hand, am geringsten entwickelt sind. Schließlich ist noch eine linksseitig konvexe Skoliose zu erwähnen.

Durch zwei gut ausgeführte Photographien werden die geschilderten Verhältnisse erläutert. **M. Cohn** (Berlin).

10. **Reichmann.** Über das Verhalten des arteriellen Blutdruckes im Fieber. (Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Riegel in Gießen.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 38.)

Aus einer größeren Anzahl von Untersuchungen, die mittels des v. Basch'schen Sphygmomanometers an fiebernden Pat. und längere Zeit nach der Entfieberung ausgeführt wurden, ergab sich das Resultat, dass der Blutdruck kürzere oder längere Zeit nach Beendigung des Fiebers immer höher war, als während desselben und ferner, dass der Blutdruck die Schwankungen der Temperatur während des Fiebers — im entgegengesetzten Sinne — im Allgemeinen mitmachte, dass also das Fieber den Blutdruck herabsetzt.

Im Einklang hiermit stehen die Ergebnisse der gleichzeitig aufgenommenen sphygmographischen Kurven, welche Herabsetzung der Gefäßspannung, also Abnahme des intraarteriellen Druckes erwiesen. **Markwald** (Gießen).

11. **B. Mester.** Beiträge zur Kenntnis der Cystinurie.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 2. p. 109.)

Die vorliegenden Untersuchungen wurden an demselben Pat. ausgeführt, in dessen Harn von Baumann und Udransky neben dem Cystin Diamine aufgefunden worden waren (s. d. Centralbl. 1889. No. 41 p. 721).

M.'s Absicht war, die Größe der Cystinausscheidung unter dem Einfluss verschiedener Momente zu studiren. Da es eine direkte hinreichend genaue Methode zur Bestimmung des Cystins im Harn nicht giebt, so beschränkte sich M. darauf, die Menge des nicht oxydirten Schwefels in seiner Beziehung zum Gesammtschwefel des Harns zu verfolgen.

Die Menge des nicht oxydirten Schwefels beträgt im normalen Harn im Durchschnitt aus den diesbezüglichen Versuchen M.'s und anderer Forscher etwa 17,2% des Gesammtschwefels, im Harn des Cystinpatienten betrug sie 45,7%. Nimmt man an, dass das Plus im Harn des Cystinpatienten nur auf Cystin kommt — eine Annahme, die sich nicht als richtig beweisen lässt —, so würde der betr. Pat. nach den Beobachtungen M.'s im Harn täglich etwa 1 g Cystin ausgeschieden haben.

Die Nahrung war ohne wesentlichen Einfluss auf die Cystinausscheidung. Es wurde dieselbe untersucht bei Milchdiät, bei gewöhnlicher Kost, während gleichzeitig eine Anregung des Stoffwechsels durch Bäder, Duschen, Frottiren und Massage versucht wurde, ferner vegetabilischer Diät (Brot, Speck, Bohnen). Eben so wenig beeinflusste Alkohol die Schwefelausscheidung, eben so wenig Salol.

Eine Verminderung des nicht oxydirten Schwefels unter gleichzeitiger Zunahme des oxydirten beobachtete M. nur nach Eingabe von Schwefel als Lac sulfuris mit Mel ana 30 g täglich. »Die Verabreichung von Schwefel bei der Cystinurie dürfte sich also zur Wiederholung empfehlen.« Zur Erklärung dieser Erscheinung verweist er auf die oben citirten Untersuchungen von Baumann und Udransky.

F. Röhmann (Berlin).

12. **R. Ledermann.** Zwei Fälle von Mycosis fungoides.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

In den vom Verf. an der Neisser'schen Klinik berichteten Fällen stieß die Diagnose auf keine besonderen Schwierigkeiten. Mit Ausschluss von Syphilis konnte es sich nur um die Differentialdiagnose zwischen multiplem idiopathischem Hautsarkom und Mycosis fungoides handeln. Bei beiden Kranken zeigten sich mit geringen Abweichungen die bekannten 3 Stadien der Erkrankung: 1) Stadium eczematosum, 2) St. lichenoides, der flachen Infiltrate (Köbner), 3) St. mycofungoides der beerschwammähnlichen, knolligen, vielgestaltigen Tumoren (Köbner). Bei dem 1. Fall, einer 52jährigen Frau, waren die Erscheinungen des ersten Stadiums verhältnismäßig spärlich, die des zweiten dagegen sehr reichlich. Das dritte Stadium war in sehr charakteristischer Weise durch einen Tumor an der linken Brustwarze und durch eine länglich gestaltete Geschwulst an dem unteren linken Schulterblattwinkel vertreten. Hier wurde das Arsen in Form von keratinirten Pillen sehr gut vertragen. Doch glaubt Verf., dass der Erfolg der arsenigen Säure in wässriger Lösung ein prompterer ist, nur treten hier häufiger Intoxikationen ein.

Der 2. Fall zeigte ebenfalls sehr viele Analogien mit den in der Litteratur mitgetheilten, unterschied sich nur durch einige große brettharte, derbe, nicht pilzartig aus der Haut herauswachsende, sondern in die tiefen Gewebslagen sich versenkende Tumoren, wie sie bisher nur einmal von Virchow bei dieser Erkrankung gefunden wurden und dem Bilde der Sarkome sich sehr nähern. Indess ließen sie sich von den letzteren durch ihren Zusammenhang mit den anderen beim Kranken vorhandenen Efflorescenzen und die therapeutische Wirksamkeit des Arsens unterscheiden. Verf. will diese Tumoren weder zur Lymphadenie, noch zu den Sarkomen, sondern zu den infektiösen Granulationsgeschwülsten gezählt wissen. Nach dem klinischen Verlauf liegt der Verdacht nahe, dass es sich bei der Mycosis fungoides um einen chronisch entzündlichen Process der Haut auf parasitärer Grundlage, analog der Lepra, dem Rhinosclerom u. A. handle. Leider war er aber nicht in der Lage, diese Annahme durch Bakterienbefunde zu stützen.

Joseph (Berlin).

13. **P. Meyer.** Über einen Fall von Hirntumor.

(Charité-Annalen 1889. XIV. Jahrg. p. 623—629.)

Fünfjähriger Knabe aus gesunder Familie, der bis auf eine Masernerkrankung stets gesund war, erkrankte Pfingsten 1888 unter Erbrechen und hat dann im Laufe des Sommers in unbestimmten Zwischenräumen öfters erbrochen und war appetitlos. Ende Oktober stieß Pat. mit der rechten Stirnseite gegen eine Thür. Darauf trat keine Bewusstlosigkeit ein, aber am nächsten Morgen wieder Erbrechen, das nunmehr unabhängig von der Nahrungsaufnahme sich jeden zweiten Tag einstellte. Seit dem 15. November heftiger Stirnkopfschmerz. Wenige Tage darauf bemerkte die Mutter, als sie ihren Kopf an den des Kleinen legte, ein lautes, piependes Geräusch. Ende November starke Steigerung der Kopfschmerzen, Verstopfung, Abmagerung und Schwäche.

Am 19. December wird Folgendes konstatirt: Der schwächliche Knabe sitzt aufrecht im Bett. Puls 64, regelmäßig, gut gespannt. Temperatur normal. Innere Organe, speciell Cor, ohne Veränderung, dessgleichen der Urin. Pupillen beiderseits gleich weit mit normaler Reaktion. Rechtsseitige Facialisparese in sämmtlichen Zweigen. Das Zäpfchen und der linke Gaumen werden bei der Phonation nach der linken Seite herübergezogen. Sprache näselnd und schwerfällig. Schlucken behindert. Die herausgestreckte Zunge zeigt kein Abweichen der Spitze. Auf dem

rechten Auge Strabismus convergens, auch bleibt dasselbe bei der Fixation nach außen rechts deutlich gegen das linke zurück. Beiderseits Stauungspapille mit ausgesprochener Schlängelung und Verbreiterung der Venen. Über dem Schädel ist in ganzer Ausdehnung das in der Anamnese erwähnte Geräusch zu hören; am stärksten in der Gegend der linken Schläfe, isochron der Herzsystole, exquisit musikalisch und am besten als »piepend« zu bezeichnen. Auch auf den Wangen ist dasselbe zu hören. Der Knabe vernimmt es selbst. Keine Lähmungserscheinungen seitens der Extremitäten; Sensibilität an denselben intakt. Patellarreflexe nicht nachzuweisen. Erbrechen und Stuhlverstopfung.

Bis zum 2. Januar 1889 gleiche Erscheinungen; dann verschwand das Geräusch und der Puls wurde auf 84—88 beschleunigt. Tageweise Erbrechen und Kopfschmerz. Am 8. Januar beträchtliche Apathie, Incontinentia urinae et faecium, Puls 60—64. Abends ein leichter Anfall von doppelseitigen Konvulsionen. Das Geräusch ist leise hörbar über der rechten Schläfe. Nach einigen Tagen trat wieder der alte Zustand ein.

Indem H. sich der Erörterung des Falles zuwendet, stellt er zunächst die Diagnose auf einen basalen Tumor und bespricht sodann die Entstehung des auffallenden Geräusches. Dasselbe kann im Tumor selbst oder in einem von außen durch den Tumor komprimirten Gefäße entstehen; im ersteren Falle könnte man an Aneurysma oder Angiom denken.

Der Knabe ging bald, ohne dass außer totaler Amaurose neue Symptome aufgetreten wären, unter den Zeichen zunehmenden Hirndruckes zu Grunde. Die Sektion ergab: Klaffen der Schädelnähte, die nur membranös verschlossen waren; Erweiterung der Hirnvenen und der Seitenventrikel, Ödem der Hirnsubstanz. Es fand sich eine sehr gefäßreiche Geschwulst von der Größe eines kleinen Borsdorfer Apfels, welche vom Boden des 4. Ventrikels, von der Rautengrube ausging. Dieselbe erwies sich als ein Gliom. **M. Cohn** (Berlin).

14. M. Bernhardt. Zur Lehre von den nuclearen Augenmuskellähmungen und den recidivirenden Oculomotorius- und Facialislähmungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 47.)

Der Kranke mit nuclearer Augenmuskellähmung, bei welchem sich keinerlei Störungen im Gebiete der übrigen Hirnnerven nachweisen ließen, zeigte, wie das auch schon anderweitig beobachtet wurde, als begleitende Symptome eine bedeudente Ermattung der Körperkräfte und besonders eine Abnahme der Kraft in der Kaumuskulatur. Als einziges ätiologisches Moment ließ sich übermäßiger Biergenuss nachweisen. —

Die Fälle von recidivirender Oculomotoriuslähmung sind folgende:

1) Bei einem erblich belasteten Gutsbesitzer tritt in jungen Jahren neben regelmäßig und häufig eintretenden, von Erbrechen begleiteten Kopfschmerzen periodisch eine Abweichung des linken Auges auf, welche im Laufe der Jahre eine deutliche Schwäche des linken M. rectus hinterlässt.

2) Ein 19jähriger, erblich nicht belasteter Mann leidet alle 2 Jahre an Doppeltsehen und Ptosis zugleich mit Erbrechen und Kopfschmerzen. Ein Defekt in der Lokomotion des Auges lässt sich noch nicht nachweisen, dagegen ist der Refraktionszustand beider Augen, eben so wie im 1. Fall, ein verschiedener.

Indem B. die Frage offen lässt, ob es sich auch im 2. Fall um eine periodische exacerbirende oder um eine rein periodische Oculomotoriuslähmung handelt, betont er die Analogie dieser Lähmungen mit den recidivirenden Facialislähmungen und weist darauf hin, dass beide Arten von Lähmungen durch die verschiedensten Ursachen bedingt sein können. Neben mannigfachen Analogien zwischen beiden Lähmungen fällt nun aber auch ein erhebliches Unterscheidungsmerkmal ins Auge, nämlich, dass, so weit unsere heutigen Beobachtungen reichen, die in Rede stehende Augenmuskellähmung immer dieselbe Seite befällt, während dies bei den Facialislähmungen nicht der Fall ist. Auch unter den 5 Fällen, welche B. bringt, befiel in einzelnen die Lähmung des Facialis bald die eine, bald die andere Seite.

Bezüglich der Ätiologie der Fälle, welche sich nicht direkt auf eine anatomische Läsion zurückführen lassen, bemerkt B. zum Schluss, dass ein großer Theil derselben mit einer »nervösen Disposition« in Zusammenhang zu bringen ist, und dass schließlich im Hinblick auf die Beobachtungen bei Tetanus und bei Fleisch-, Wurst- und Fischvergiftung an eine Art Autoinfektion gedacht werden kann.

A. Cramer (Eberswalde).

15. **Armstrong** (New York). Laryngeal vertigo.

(Med. news 1889. Juni 8.)

Charcot hat 1876 in der Gesellschaft für Biologie in Paris (Compt. rend. de la soc. de biol. 1876, Paris) zwei Fälle ausführlich beschrieben, welche unter eigenthümlichen Erscheinungen im Larynx unter Schwindelanfällen litten. Diese Erkrankung hat Charcot als eine specielle laryngeale Neurose bezeichnet. Charcot veröffentlichte später noch einige hierher gehörige Krankengeschichten; im Ganzen sind in der Litteratur wohl 20 derartige Beobachtungen mitgetheilt worden. A. beschreibt nun in ausführlicher Weise die Geschichte eines 44jährigen Pat., welcher mit kurzen Intervallen seit seiner Jugend an asthmatischen Beschwerden litt, gelegentlich an Heufieber erkrankte und vor 13 Jahren eine schwere Verletzung der Brust und des Kehlkopfes durch Erwürgen durchmachte. Im Jahre 1876 fühlte er plötzlich ein Gefühl der Beklemmung in seinem Halse, Alles drehte sich rund um ihn und er fiel besinnungslos vornüber; sein Gesicht war dunkelroth; als er wieder zu sich kam, war ihm brechartig zu Muthe. Seit diesem ersten Anfalle fühlte der Pat. verschiedentlich Kitzeln im Halse, kurzer scharfer Husten folgte und dann kam die Bewusstlosigkeit. Epileptiforme Symptome fehlten stets, auch eine neuropathische Belastung mangelte. Die Anfälle traten nie im Freien auf, sondern nur in geschlossenen, warmen Räumen; Aufregungen oder Ermüdungen lösten die Attacken gern aus. Im Larynx fand sich eine chronische Entzündung in der Gegend der Arytaenoidknorpel und der falschen Stimmbänder; auf den Lungen ein diffuser Katarrh. Jodkalium war erfolglos, dagegen führten Brompräparate eine entschiedene Besserung herbei. Die Ursache für diese Schwindelanfälle, beginnend mit Kitzel im Larynx und Hustenstößen, vermuthet A. mit mehreren Kollegen in einer Läsion des Larynx, welche dem Pat. bei dem erwähnten Erwürgungsversuche widerfuhr.

Prior (Köln).

16. **Garrè.** Lupus des Kehlkopfeinganges; Operation mittels Pharyngotomia subhyoidea. (Aus der Tübinger chirurgischen Klinik.)

(Sonderabdruck aus Beiträge zur klinischen Chirurgie.)

Verf. giebt die Kranken- und Operationsgeschichte eines Falles von primärem isolirten Lupus des Kehlkopfes; es ist dies der 3. Fall, der überhaupt publicirt worden ist. Pat., eine 28jährige Köchin, bemerkte zuerst eine warzenartige Erhebung auf dem hinteren Theil der Zunge, welche sie beim Essen hinderte. Allmähliches Wachsthum bis zur Epiglottis, welche sich am freien Rande verdickte, theils narbig, theils ulcerös erschien. Die Diagnose schwankte zwischen Tuberkulose und Syphilis. Die eingeleitete Therapie erbrachte keine Heilung, der Process schritt im Gegentheil weiter vorwärts, ergriff den Rachen, die Lig. aryepiglottica und die Schleimhaut über den Aryknorpeln. Es wurde desshalb alles Krankhafte durch die Operation entfernt. Heilung nach ca. 7 Wochen. Zum Schluss der Arbeit wird die Differentialdiagnose genauer besprochen. Wir verweisen auf das Original.

B. Baginsky (Berlin).

17. **Rice** (New York). Some unusual manifestations of tuberculosis of the larynx.

(New York med. journ. 1889. August 31.)

In ausführlicher Weise, mit Abbildungen illustrirt, beschreibt R. mehrere Fälle von Kehlkopferkrankungen, aus welchen hervorgeht, dass Syphilis und Kehlkopftuberkulose viel häufiger zu gleicher Zeit vorkommen, als man gewöhnlich glaube; 2 Fälle hatten ausgedehnte luetische Ulcerationen an der Epiglottis, welche auf Jodkaliumbehandlung prompt und gut heilten, während die tiefer abwärts

sitzenden tuberkulösen Processe voran schritten; viele Fälle von geheilter Tuberkulosis des Larynx hält R. für solche luetischer Natur, welche sich oftmals gegenseitig verdecken können. In anderen Fällen handelt es sich um üppige Granulationsvorgänge, welche von der Oberfläche des tuberkulösen Geschwürs ausgingen oder um granulöse Hyperplasie; die Granulationen können so stark sein, dass sie die tuberkulöse Geschwürsfläche vollkommen verbergen und an ein Papillom erinnern. Nach den Erfahrungen R.'s ist eine entzündliche Verwachsung der vorderen Enden der Stimmbänder im Verlauf tuberkulöser Vorgänge nur dann möglich, wenn die Stimmbänder unbeweglich sind. Endlich ist ein Fall beschrieben, in welchem eine Geschwulst in der Höhe eines Arytaenoidknorpels lag, welche sich als tuberkulös erst nach der Exstirpation erwies. Die Lungen waren nicht verdächtig. **Prior** (Köln).

18. **Lancereaux.** Deux cas de transmission de la syphilis par des instruments malpropres.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 44.)

Es werden ausführlich 2 Fälle von frischer Lues mitgetheilt, die beide einen äußerst schweren Verlauf nahmen; der eine Pat. acquirirte die Syphilis durch die Katheterisation der Tuba Eustachii, dem anderen wurde sie bei einer Zahnextraktion beigebracht. L. erinnert an eine kleine Epidemie der Syphilis 1864 und 1865 in Paris, welche ihren Ursprung in unsauberen Instrumenten bei Behandlung der Nase und Ohren hatte; die eindringliche Mahnung der peinlichsten Reinigung und Desinficirung aller Instrumente ist gewiss am Platze. **Prior** (Köln).

19. **v. Dühring.** Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 11.)

Verf. theilt 3 Fälle mit, in denen hart anzufühlende Geschwüre am Penis syphilitische Primäraffekte vortäuschten, welchen indessen längere Zeit nach dem Auftreten der Ulcera keine Allgemeinerscheinungen folgten. (In einem Falle dauerte die Beobachtungszeit 3 Monate, in den beiden anderen Fällen ist dieselbe nicht angegeben. Ref.) Verf. warnt daher vor der Frühbehandlung, namentlich auch in Anbetracht der peinlichen Lage, in welcher sich die Pat. befinden, wenn sie nicht sicher wissen, ob sie Lues gehabt haben oder nicht.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

20. **M. Cordier.** Sur une nouvelle variété de balanite.

(Lyon méd. 1890. No. 1.)

Es ist bekannt, dass durch gleichzeitige lokale Applikation von Jod- und Quecksilberpräparaten, z. B. Jodtinktur oder Jodsalbe und Ungt. cinereum, heftige Entzündungen und selbst Anätzungen der Haut entstehen können, eben so dass durch Einpulverung von Kalomel in den Conjunctivalsack bei gleichzeitigem internen Jodgebrauch man heftige Conjunctivitis erzeugen kann. In gleicher Weise entsteht nun nach C. eine oft äußerst starke, eitrige Balanitis, wenn man Kalomel an der Glans anwendet, bei gleichzeitigem inneren Gebrauche von Jodsalzen. Die einzige Bedingung, die zum Zustandekommen der Erkrankung vorhanden sein muss, ist ein etwas langes Präputium, welches bewirkt, dass etwas von dem jodhaltigen Urin, sei es durch Kapillarität oder durch die Bewegungen des Präputium, bis zur Corona glandis gelangt uud so in länger dauernden Kontakt mit dem Kalomel oder sonstigen Quecksilberpräparaten tritt. Als Ursache der Erscheinung nimmt C. die Bildung von Hydrargyrum monojodatum an; er schließt dies daraus, dass sich das Kalomel in ein grünliches, in Alkohol unlösliches Salz verwandelt. C. führt mehrere Fälle, die er beobachtet hat, an.

(Die aus dem Obigen sich ergebende Vorsicht bei gleichzeitiger Anwendung von Jod- und Quecksilberpräparaten bei Erkrankungen der Conjunctiva, der Haut und des Penis wird sehr häufig außer Acht gelassen; eben so werden aber gar nicht selten die eingetretenen Erscheinungen nachträglich falsch gedeutet. So erinnert sich Ref. noch eines vor ein paar Jahren in der Berliner klin. Wochen-

schrift veröffentlichten Falles von vermeintlicher Hautentzündung in Folge Gebrauches von unreinem Lanolin, bei welchem nach der Krankengeschichte es sich augenscheinlich auch nur um die oben besprochene Ätiologie handelte. Ref.)

A. Freudenberg (Berlin).

21. **A. Peyer.** Über die Ursachen und Behandlung schwerer, hartnäckiger Fälle von Enuresis nocturna beim männlichen Geschlecht.

(Berliner Klinik 1890. Januar. Hft. 19.)

P. führt aus, dass durch Onanie und dadurch gesetzte Entzündung der Pars prostatica urethrae Enuresis nocturna sowohl hervorgerufen, als auch eine kongenital bestehende wieder wachgerufen oder (selbst bis zur Enuresis nocturna et diurna) gesteigert werden kann. Er räth desswegen, in jedem Falle von Enuresis im späten Kindes- oder im Jünglingsalter auf Onanie zu examiniren und sich, auch bei Leugnen derselben, durch genaue mikroskopische Untersuchung des Urins von dem Vorhandensein eines Reizzustandes in der hinteren Urethra zu überzeugen. Der Urin bildet in solchen Fällen beim längeren Sedimentiren ein leichtes Wölkchen, in welchem sich mikroskopisch Schleim und mehr oder minder zahlreiche Leukocyten, daneben zuweilen auch vereinzelte Spermatozoen finden; nicht ganz selten auch erhält man mit der Pipette einen glashellen, zähen, alkalischen Schleim, in welchem vereinzelte kleine Epithelien oder Sargdeckelkrystalle eingebettet sind. Gestützt auf einen solchen Befund kann man dem Pat. die Onanie häufig auf den Kopf zusagen und ihn so zum Aufgeben seiner Ableugnung bewegen.

Die Therapie solcher Fälle besteht in der lokalen Behandlung des Reizzustandes der Urethra posterior durch Einführen dicker Sonden, Anwendung des Psychrophors, Instillation von Adstringentien, eventuell Erweiterung mittels des Oberländer'schen Dilatatorium oder lokaler Applikation der Elektricität.

7 Fälle, die unter einer entsprechenden Behandlung — meistens Einführung dicker Sonden — zur Heilung kamen, illustriren das Gesagte. In einem der Fälle war vorher die Spaltung einer Phimose ohne Erfolg gemacht worden.

A. Freudenberg (Berlin).

22. **G. Mayer.** Die Gicht und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen.

(Separatabdruck aus »Aachen als Kurort«.)

Aachen, **C. Mayer,** 1889.

Im Jahre 1882 hat Dr. Beissel in seinen balneologischen Studien nachgewiesen, dass durch den Gebrauch der Thermaldampfbäder und das Trinken der Aachener Quelle die Ausscheidung der Harnsäure durch den Urin erheblich vermehrt werde; 1881 hat M. und Beissel zusammen gezeigt, dass die Thermaldusche dieselbe Wirkung habe. Auf solche Nachweise hin hat sich die Zahl der Aachen aufsuchenden Gichtkranken wesentlich vermehrt (vom Jahre 1872 4% auf 11,8% in den letzten Jahren). Verf. hat in diesem Zeitraume 310 Gichtkranke behandelt, eine immerhin erhebliche Zahl, die er verwendet, um statistische Schlüsse daraus zu ziehen über Häufigkeit, Auftreten, Komplikationen und daran anschließend die Grundzüge der Behandlung zu entwickeln.

Unter diesen 310 Fällen waren 288 Männer und 22 Frauen (darunter allein 16 Belgierinnen, was Verf. neben der Heredität dem reichlichen Bier- und Weingenusse der Belgierinnen zuschreibt).

In 233 Fällen war die Zahl des ersten Anfalles bekannt, sie fiel 95mal in das Alter von 31—40, 61mal in das von 41—50, 48mal in das von 20—30, 19mal in das von 51—60, 9mal in das von 61—70 Jahren.

Das zuerst befallene Gelenk war 197mal das der großen Zehe.

In 72 Fällen war das Körpergewicht über 180 Pfund, erbob sich sogar bis 230; reichlicher Genuss schweren Weines und Bieres wird in den meisten Fällen zugegeben und besonders von letzterem nimmt Verf. an, dass es dem Ausbruche der Gicht erheblichen Vorschub leiste; Heredität spielt eine große Rolle und kann selbst bei mäßiger Lebensweise nicht immer paralysirt werden.

Von den komplicirenden Krankheiten sah er 30mal Lues, es scheint durch sie die Resistenz des Körpers herabgesetzt und der Ausbruch der Gicht begünstigt zu werden.

Häufig sieht man Gicht mit Hautkrankheiten kombinirt; Verf. sah 15mal Eczema, 5mal Psoriasis, 4mal Urticaria, 3mal Prurigo und Pruritus ani. Offenbar ist hier ein genetischer Zusammenhang und es scheint, dass genannte Hautkrankheiten, die ja vikariirend mit Gichtanfällen beobachtet wurden, auf harnsaurer Diathese beruhen.

Weitere häufige Komplikationen sind Atherom der großen Arterien, Verdauungsstörungen, Leberhypertrophie, Bronchitis, Asthma, Reizzustände der Nieren, Blase, Urethra, die sich selbst bis zur Nephritis steigern können — häufig ist die Komplikation von Gicht mit Nierensteinen. 3mal wurde Tuberkulose beobachtet. Die Komplikationen mit Diabetes hält Verf. für selten; er ist der Ansicht, dass fettleibige Frauen mehr zu Diabetes, fettleibige Männer mehr zu Gicht neigen.

Was das Wesen der Gicht betrifft, so schließt sich M. der Ansicht an, dass die Harnsäure die Materia peccans ist; bedingt durch angeborene, ererbte Anomalie des Stoffwechsels, in Folge derer die Eiweißkörper unvollkommen verbrannt werden und ein Überschuss von harnsaurem Natron entsteht, das, wenn aus irgend welcher Ursache der Säuregehalt im Blute vermehrt wird, sich in unlösliches saures harnsaures Natron verwandelt und den Anfall erzeugt.

Die Grundzüge der empfohlenen Behandlung sind kurz folgende: während des akuten Anfalles Bettruhe, salicylsaures Natron, Vinum seminum colchici, Diät dem Fieber entsprechend. Um die Dyskrasie zu verbessern ist Mäßigung in Speise und Trank wohl das Wichtigste; als bestes Getränk ist etwas Rothwein mit Wasser zu empfehlen. Nur wenn der Anfall vollständig abgelaufen, kann die Aachener Thermalkur mit Nutzen gebraucht werden. Sie besteht im inneren Gebrauche der Thermen mit Zusatz von Lithium und der Anwendung der Thermaldusche. Wenn auch die Dyskrasie damit kaum vollständig getilgt werden kann, so ist man doch damit im Stande, den Wiederausbruch des akuten Anfalles wesentlich hinauszuschieben.

(Ref. hat bereits im Jahre 1881 in »Die heißen Luft- und Dampfbäder in Baden-Baden, experimentelle Studien von Dr. A. Frey und Heiligenthal, Verlag von F. C. W. Vogel«, auf die harnsäuretreibende Wirkung dieser Bäder hingewiesen, die in Verbindung mit der hiesigen lithiumreichen Thermalquelle [0,054 g Lithium auf 1 Liter Wasser] ähnlich günstige Erfolge erzielt wie die oben besprochenen.) **A. Frey** (Baden-Baden).

Bücher-Anzeigen.

23. **Lammert.** Geschichte der Seuchen-, Hungers- und Kriegsnoth zur Zeit des 30jährigen Krieges.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1890. 290 S.

Mit bewunderungswürdigem Fleiße hat Verf. aus allen nur zugänglichen Quellen in jahrelanger Arbeit das Material zusammengetragen, das zur Darstellung der furchtbaren Seuchen, die die Schrecken des 30jährigen Krieges vervielfachten, beitragen konnte. In dem einleitenden ersten Theile schildert Verf. die Lage der Verhältnisse von Beginn des 17. Jahrhunderts bis zum ersten Kriegsjahre und zeigt, in welcher Weise schon in diesen Jahren die verheerende Pest in Deutschland hauste. Im Haupttheile des Werkes werden sodann die Kriegsjahre einzeln abgehandelt; Verf. schildert, in welcher Weise Wetter, Missernte und Theuerung zur Entstehung der schrecklichen Pest beitrugen, wie die kaum erloschene Epidemie durch die Horden der Krieger immer wieder von Neuem angefacht wurde, und giebt ein anschauliches Bild von den Verheerungen, die Krieg und Krankheit in Deutschland anrichteten. L. hat es verstanden, die etwas monotone Materie in ansprechende Form zu kleiden, so dass Jeder, der sich für Geschichte der

Medicin interessirt, das Buch gern studiren wird. Die äußere Ausstattung lässt nichts zu wünschen übrig. **M. Cohn** (Berlin).

24. **Dollinger.** Die Massage. Für Ärzte und Studirende. Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1890. 251 S.

Das vorliegende Werk zerfällt zunächst in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Im ersteren werden die Geschichte der Massage, die Physiologie derselben und die verschiedenen in Anwendung kommenden Handgriffe abgehandelt. Im speciellen Theile bespricht Verf. der Reihe nach die Erkrankungen der verschiedenen Organe, bei denen die Massagebehandlung in Anwendung gezogen werden kann. Verf. hält sich dabei fern von dem heut zu Tage so vielfach übertriebenen Enthusiasmus für diese Behandlungsmethode und bemüht sich, in streng wissenschaftlicher Weise Indikationen und Kontraindikationen festzustellen. Zur Besprechung der Massagetherapie auf Gebieten, die D. ferner liegen, hat er Fachmänner gewonnen, welche die Methode längere Zeit erprobt haben. Die Massage in der Gynäkologie wird in sehr eingehender und ansprechender Weise von Berczeller besprochen, der in einem ersten Theile die lokale Behandlung der Genitalien, in einem zweiten die heilgymnastischen Bewegungen, die er für eben so wichtig hält wie die Lokalbehandlung, abhandelt. Die Massage in der Augenheilkunde, die ja keine große Ausdehnung hat, wird von Csapodi beschrieben. Den Schluss bildet die Massage in der Dermatologie von Bona. Dieser erörtert zunächst einige Hautkrankheiten, die als Folge der Massage entstehen, wozu Folliculitis, Furunkel, Herpes tonsurans, Pityriasis versiculor zu rechnen sind, die meist durch Übertragung entstehen; der zweite Theil handelt von der Anwendung der Massage bei einzelnen Hautkrankheiten.

Durch 113 in den Text gedruckte, gut ausgeführte Abbildungen werden die einzelnen Manipulationen erläutert. Nur hätte man sich bemühen sollen, den Abbildungen stets ihren Platz bei dem zugehörigen Text zu geben; so stehen in dem Kapitel von der Massage in der Augenheilkunde Abbildungen, welche die Anwendung der Methode in der Gynäkologie erläutern. Es dürfte nicht schwer sein, dies in einer neuen Auflage abzuändern. **M. Cohn** (Berlin).

25. **W. Kirchner** (Würzburg). Handbuch der Ohrenheilkunde für Ärzte und Studirende. 3. Auflage. Berlin, **Fr. Wreden,** 1890.

Vorliegendes Handbuch, welches wir in 3. Auflage vor uns haben, bedarf einer erneuten Empfehlung nicht. Wie nicht anders zu erwarten, hat der in der Ohrenheilkunde so bewanderte Autor alle wesentlichen Neuerungen seinem Werke einverleibt und auf diese Weise dasselbe zu einem guten und modernen Führer durch das leider noch so vielfach vernachlässigte Fach gemacht. Die Eintheilung des Stoffes ist im Allgemeinen die nämliche geblieben. In systematischer Reihenfolge werden zunächst die allgemeinen Untersuchungsmethoden besprochen und die für diesen Zweck nöthigen Instrumente angegeben, wobei wir bezüglich der Ohrtrichter die von Wilde empfohlenen nur ungern vermissen; diese Trichter sind unzweifelhaft die handlichsten von allen. Weiterhin wird die Pathologie und Therapie in 6 Abschnitten behandelt, wobei gleichzeitig auch die Anatomie des Ohres eine kurze Berücksichtigung findet. Den praktischen Ärzten, welchen zum Studium umfangreicher Specialwerke die Zeit mangelt, möge das Buch, welches an Druck und Ausstattung nichts zu wünschen übrig lässt, warm empfohlen sein.

B. Baginsky (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 22. **Sonnabend, den 31. Mai.** **1890.**

Inhalt: 1. **Baumann** und **Kast,** Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung bei den Sulfonen. — 2. **Ostertag,** Nachwirkung des Chloroforms. — 3. **Leyden,** 4. **Klebs,** 5. **Ribbert,** 6. **Kundrat,** 7. **Pribram,** 8. **Bratanich,** 9. **Heitler,** 10. **Eichhorst,** 11. **Kühn,** Influenza.
12. **Stintzing,** Defekt der Brustmuskeln. — 13. **Levy,** Intra-uterine Infektion mit Pneumonie. — 14. **Levy** und **Schrader,** Bakterien bei Otitis. — 15. **Martin,** Tropen-Malaria. — 16. **Kreider,** Warme Bäder bei Pneumonie. — 17. **E. Fraenkel,** Gastritis emphysematosa. — 18. **Bouissen,** Milzbrand. — 19. **Schultze,** Akromegalie. — 20. **Bruns,** Lokalisation im Cervikalmark. — 21. **Delavan,** Motorisches Centrum des Larynx. — 22. **Vogt,** Meningitis spinalis. — 23. **Eisenlohr,** Aphasie. — 24. **Ludwig,** Lokalisation des Quecksilbers bei Sublimatvergiftungen. — 25. **v. Watraszewski,** Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate. — 26. **Bergengrün,** Verruca dura laryngis.

1. **E. Baumann** und **A. Kast.** Über die Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und physiologischer Wirkung bei einigen Sulfonen.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 1. p. 52.)

Die Frage, welche den Ausgangspunkt der Untersuchungen bildete, war die, ob die Sulfongruppe bezw. der Schwefel des Sulfonals $CH_3\rangle C\langle^{SO_2 . C_2 H_5}_{SO_2 . C_2 H_5}$, oder die Äthyl-, oder die Methylgruppen bei seiner Wirkung in Betracht kommen, und endlich, welche Unterschiede in der Wirkungsweise von Disulfonen zu Tage treten, in welchen die Methylgruppen des Sulfonals durch Äthylgruppen und umgekehrt, letztere durch erstere ersetzt sind.

3 Gruppen von Stoffen wurden studirt:

1) $CH_2(SO_2 R)_2$ Methylendisulfone,
2) $CHR'(SO_2 R)_2$ »
3) $CR'R''(SO_2 R)_2$ Ketondisulfone.

R.R'R'' bezeichnen einwerthige Alkoholradikale, welche gleich oder verschieden sein können.

14 verschiedene Substanzen wurden auf ihre schlaferzeugende Wirkung und ihr Verhalten im Stoffwechsel geprüft. Näheres ist im Original nachzulesen.

Die Resultate waren im Wesentlichen folgende:

Die Zersetzbarkeit, welche die verschiedenen Gruppen der Disulfone im Organismus des Hundes zeigen, ist eine verschiedene. Hierbei besteht ein Gegensatz zwischen der Reaktionsfähigkeit der betreffenden Substanzen außerhalb des Körpers und ihrer Oxydirbarkeit in demselben. So sind z. B. die Ketondisulfone dem Stoffwechsel gegenüber die veränderlichsten Substanzen in der ganzen Reihe der untersuchten Körper, während sie, wie das Sulfonal selbst, bei der Einwirkung von chemischen Agentien (Alkalien, starken Säuren und kräftigen Oxydationsmitteln) die größte Beständigkeit unter allen Disulfonen darbieten.

Analogien hierfür waren auch bisher schon bekannt. Die Bernsteinsäure, welche der Einwirkung von koncentrirter Salpetersäure selbst beim Erwärmen widersteht, wird im Organismus zu Kohlensäure und Wasser verbrannt, während andere leicht oxydable Substanzen (Kreatinin, Harnsäure, Kohlenhydrate u. A.) der Oxydationswirkung des Organismus sich entziehen und frei oder in gepaarten Verbindungen im Harn auftreten.

Die Zersetzbarkeit im Organismus ist eine nothwendige Voraussetzung für die schlafmachende Wirkung von Disulfonen. Diejenigen, welche den Organismus unoxydirt passiren, sind pharmakologisch unwirksam.

Außer der Oxydirbarkeit ist aber eine weitere Bedingung für die Wirksamkeit der Sulfone die Anwesenheit von Äthylgruppen. Die Anzahl der letzteren bestimmt die Intensität der Wirkung. Diese Abhängigkeit geht so weit, dass man beispielsweise beim Hunde durch Darreichung eines Disulfons mit 2 Äthylgruppen

$$\left(\begin{matrix}CH_3\\CH_3\end{matrix}\!\!>\!C\!<\!\!\begin{matrix}SO_2\,.\,C_2H_5\\SO_2\,.\,C_2H_5\end{matrix}\right.\quad\text{oder}\quad\left.\begin{matrix}C_2H_5\\C_2H_5\end{matrix}\!\!>\!C\!<\!\!\begin{matrix}SO_2\,.\,CH_3\\SO_2\,.\,CH_3\end{matrix}\right)$$

denselben Effekt in derselben Intensität auftreten sieht, welcher beim gleichen Thiere nach einer halb so großen Dosis des 4 Äthylgruppen enthaltenden Körpers $\begin{matrix}C_2H_5\\C_2H_5\end{matrix}\!\!>\!C\!<\!\!\begin{matrix}SO_2\,.\,C_2H_5\\SO_2\,.\,C_2H_5\end{matrix}$ sich einstellt.

Die SO_2-Gruppe als solche kommt für die Wirkung nicht in Betracht. Die tertiär und quaternär am Kohlenstoff gebundenen Äthylsulfongruppen ($SO_2\,.\,C_2H_5$) sind je einer in gleicher Kohlenstoffbindung befindlichen Äthylgruppe äquivalent. Dies ergiebt sich daraus, dass das Sulfonal $(CH_3)_2{=}C{=}(SO_2\,.\,C_2H_5)_2$ nicht anders wirkt als das »umgekehrte Sulfonal« $(C_2H_5)_2{=}C{=}(SO_2\,.\,CH_3)_2$, und dass das Disulfon mit 4 Methylgruppen so gut wie ganz unwirksam ist, obgleich es durch den Stoffwechsel völlig zerstört wird.

Wenn gleich die Zersetzbarkeit im Stoffwechsel für die Wirksamkeit der Sulfone erforderlich ist, so zeigt doch das Verhalten gewisser Sulfone, dass eine leichte Zersetzlichkeit dieselbe verhindert. Eine

gewisse feste Anfügung der Äthylgruppen im Sulfonal bedingt eine beschränkte Zerstörbarkeit im Organismus und gleichzeitig die schlaferzeugende Wirkung. Im Gegensatz zu den Disulfonen zeigen die Urethane nach Schmiedeberg eine mit der leichten Abspaltbarkeit der Äthylgruppen zunehmende Wirkung.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. **R. Ostertag.** Die tödliche Nachwirkung des Chloroforms. (Aus dem pathologischen Institut zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII.)

Die Untersuchungen Ungar's und des Ref. über den längere Zeit nach intensiver Chloroformeinwirkung eintretenden Tod, so wie über die Veränderungen der inneren Organe in solchen Fällen langdauernder Narkose haben durch die vorliegende Arbeit O.'s eine umfassende Nachprüfung und in einer Anzahl von Punkten eine wesentliche Ergänzung gefunden.

O. stellt es sich zunächst zur Aufgabe, die hauptsächlich an Hunden, in zweiter Reihe an Katzen und Kaninchen gewonnenen Resultate zu kontrolliren und festzustellen, in wie weit dieselben auch auf andere Thierspecies zutreffen. Leider hat er bei diesen Versuchen nicht das vom Ref. gewählte Verfahren acceptirt: um den Einwand einer bereits früher bestehenden Verfettung der Organe auszuschließen, nur an jungen Thieren eines Wurfes zu operiren, von denen immer eines als Kontrollthier dient.

Im Wesentlichen übereinstimmend mit den bisher festgestellten Thatsachen fand er bei Kaninchen, selbst wenn das Chloroform ungewöhnlich lange Zeit durch die Athemluft zugeführt wurde, erheblichere pathologische Veränderungen nicht; für Katzen stellte dagegen das Chloroform ein Gift dar, welches, auch nur etliche Stunden eingeathmet, den Tod nach kürzerer oder längerer Zeit herbeiführen kann. Fettmetamorphose der Organe wurde hier stets, aber in wechselnder Intensität, gefunden. Bei den Versuchen an Hunden trat in einer auffallend großen Zahl von Fällen der Tod nachträglich ein; regelmäßig wurde eine starke Fettinfiltration der Leber und, jedoch in wechselndem Grade, eine Fettmetamorphose von Herz und Skelettmuskulatur, von Nieren und Magen gefunden.

Die vom Verf. neugeprüften Thierspecies anlangend, so führte in 2 Versuchen an Meerschweinchen die fortgesetzte Inhalation zum Tode der Thiere, der einen halben bis ganzen Tag nach der letzten Narkose eintrat. Bei beiden, wie auch bei einem 3. Thier, das nicht starb, wurden erhebliche Organverfettungen gefunden. 10 Versuche an Ratten führten mit Ausnahme eines Falles nur zu geringen Graden fettiger Metamorphose; nur in einem der übrigen 9 trat nachträglicher Tod ein. Unter 4 Tauben starb eine durch Nachwirkungen der Narkose; Verfettungen wurden bei allen gefunden, doch erschien im Gegensatz zu den Versuchen an Säugethieren die Leber nicht als das am meisten veränderte Organ.

Die O.'schen Versuche bestätigen demnach die vom Ref. ausgesprochene Behauptung eines verschiedenen Verhaltens der einzelnen Thierspecies; doch auch innerhalb der einzelnen Species ergaben sich eigenthümliche Differenzen, derart, dass einzelne Thiere nach viel geringeren Mengen Chloroform zu Grunde gingen resp. erhebliche Verfettungen zeigten, andere viel größere Mengen bedurften. Alter, Ernährungszustand und andere Momente, deren begünstigende

Einwirkung auf das Zustandekommen der erwähnten Chloroformwirkungen Ref. nachgewiesen, vermochten diese Differenz häufig nicht zu erklären, so dass Verf. eine individuelle Disposition anzunehmen für nothwendig hält.

Bezüglich der Natur der Verfettungen gelangt der Verf. auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen und mit Berücksichtigung der Stoffwechselversuche des Ref. zu der Annahme, dass es in Herz, Muskulatur, Nieren und Magen sich um eine fettige Metamorphose handelt, dass aber in der Leber eine Fettinfiltration vorliegt, eine Ablagerung des in den anderen Organen abgespaltenen Fettes in seinem natürlichen Depot. Die Thatsache, dass die Veränderung der Leber zumeist und zuerst auffällig wird, erklärt sich daraus, dass so lange der Säftestrom noch kräftig genug ist, das sämmtliche abgespaltene Fett vom Ort der Entstehung fortgeführt und in der Leber abgesetzt wird; erst mit zunehmender Störung des Säftestromes bleibt das Fett an ersterem Orte liegen.

Im Gegensatz zu Ungar und dem Ref. findet O., dass bei den erwähnten Nachwirkungen des Chloroforms ein deletärer Einfluss desselben auf die rothen Blutkörperchen eine Rolle spielt. Mikroskopische und spektroskopische Veränderungen des Blutes waren zwar nicht nachweisbar; O. erschließt die Zerstörung der rothen Blutkörperchen aus dem Auftreten von Gallenfarbstoff im Urin, den er regelmäßig einige Zeit nach der Narkose beobachten konnte; Hämoglobinurie trat nur in einem Falle auf, öfters dagegen bei subkutaner Einspritzung des Chloroforms, die übrigens auch zu ähnlichen Fettmetamorphosen führen kann.

Während Ref. in den Fällen nachträglichen Todes immer auch eine besonders starke Veränderung des Herzens fand, hat O., wie auch schon vor ihm Ungar, einige Fälle beobachtet, wo bei nachträglich eintretendem Tode das Herz nur verhältnismäßig wenig verändert war. Er nimmt daher an, dass neben der Herzverfettung noch andere Momente das Erlöschen des Lebens bedingen, wahrscheinlich eine in Folge der sensoriellen Depression eintretende Störung des Respirationsgeschäftes und allmähliche Kohlensäureüberladung des Blutes.

(Möge dem Ref. noch eine Bemerkung in eigener Sache gestattet sein. Seine vergleichenden Versuche über die diesbezügliche Wirkung verschiedener narkotisirender Mittel sind denn doch nicht ganz so negativ ausgefallen, wie O. es schildert. Wenn sie auch »größtentheils durch gleichzeitige Erkrankung der Versuchsthiere an Bronchitis und Bronchopneumonie gestört wurden«, so gelang doch die Durchführung einer vollständigen Reihe und diese ergab nicht nur, dass »nach reiner Äthernarkose nennenswerthe Veränderungen nicht gefunden werden«, sondern auch, dass eine vorherige Morphiuminjektion mit der Menge des nothwendigen Chloroforms auch die entsprechenden Veränderungen vermindert. Da gerade aus dieser Beobachtung praktische Konsequenzen gezogen werden könnten, und wie die kürzlich in der Berliner klin. Wochenschrift erschienene Arbeit v. Herff's zeigt, bereits gezogen worden sind, möchte Ref. sie nicht ganz unter den Tisch fallen lassen!) **Strassmann** (Berlin).

3. **Leyden.** Zur Pathologie der Influenza.
(Vortrag in der Berliner med. Gesellschaft.)
(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 10.)

4. **Klebs.** Weiteres über Influenza.
(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.)

5. **Ribbert.** Weitere bakteriologische Mittheilungen über Influenza.
(Ibid. No. 15.)

6. **Kundrat.** Über anatomische Befunde während der Influenza-Epidemie.
(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 8.)

7. **Pribram.** Über Influenza.
(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 10 u. 11.)

8. **Bratanich.** Die Influenza-Epidemie im Verwaltungsbezirke Podersam.
(Ibid. No. 10.)

9. **Heitler.** Beitrag zur Influenza-Epidemie.
(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 11.)

10. **Eichhorst.** Über Influenza.
(Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft der Ärzte.)
(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1890. No. 5.)

11. **Kühn.** Über Influenza, eine rudimentäre oder larvirte Pneumonieform.
(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 10.)

Leyden berichtet zunächst über einen von ihm beobachteten Fall von akuter infektiöser Nephritis nach Influenza, der letal endete. Die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um eine ausgesprochene Glomerulonephritis handelte. Von sonstigen bemerkenswerthen Nachkrankheiten sah L. Herzstörungen, Collapse in der Rekonvalescenz, Lähmungen und Muskelatrophien. Die von L. beobachteten Pneumonien zeigten einen eigenthümlichen Verlauf: Heftige Stiche und Dyspnoe wurden meist vermisst; der lokale Process war nicht ganz typisch; häufig musste man 3—4 Tage suchen, ehe man eine Lokalisation fand, dann hörte man krepitirendes Rasseln in großer Ausdehnung, das vielleicht am nächsten Tage schon verschwunden war, um an einer anderen Stelle aufzutreten. Nicht sehr häufig kam es zu einer festen Hepatisation mit deutlich ausgeprägter Dämpfung. Auch typisches Sputum wurde häufig vermisst. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von 3 Formen von Mikroorganismen: 1) Diplokokken, welche die bekannten Fraenkel'schen Pneumoniediplokokken darstellen, 2) Streptokokken, 3) Staphylokokken. L. nimmt an, dass die Formen von Pneumonie verschiedene sind: typische genuine Pneumonien mit abweichendem Verlauf; Mischformen besonders bei den mit Pleuraexsudaten ver-

bundenen; schließlich reine Streptokokkenerkrankungen. L. meint nicht, dass es sich um Lokalisation des Influenza-Erregers in der Lunge handelt, sondern um Ansiedlung der bekannten Mikroorganismen unter dem Einfluss der Influenza. Schließlich ist noch zu erwähnen, dass L.'s Blutuntersuchungen ein negatives Resultat ergeben haben und dass er zur Annahme einer miasmatischen Verbreitung der Influenza neigt. —

Zur Erklärung des eigentlichen Wesens des Krankheitsprocesses bei der Influenza stellt sich Klebs auf die Seite derjenigen, welche die Vorgänge in der Blutbahn als die bedeutsamste Theilerscheinung desselben auffassen. Als wichtige Belege für diese Anschauung sind die sich mehrenden Beobachtungen schwerer thrombotischer Zustände aufzufassen, welche in vielen Fällen geradezu das Krankheitsbild beherrschen. Es lässt sich aber auch zeigen, dass die scheinbar primären katarrhalischen und entzündlichen Erscheinungen, welche nach der Meinung Vieler das eigentliche Wesen des Processes darstellen, nichts anderes sind als Folgezustände von Gefäßverschließungen in Kapillargebieten, welche, indem sie die Ernährung der Theile herabsetzen, entweder zur Gangrän führen oder der Ansiedlung pathogener Organismen einen geeigneten Boden schaffen.

In Ergänzung seiner früheren Mittheilungen über Blutbefunde bei Influenza (Referat d. Bl. 1890 No. 12) hebt K. hervor, dass mit der Abnahme der beweglichen, wahrscheinlich immer geißeltragenden Formen Körnermassen im Blute auftreten, welche nur als Abkömmlinge der rothen und weißen Blutkörperchen aufgefasst werden können und aus der Zerstörung derselben hervorgehen. Es sind dies theils weiche, feinkörnige Massen, welche stellenweise noch verblasste, nicht mehr färbbare Kerne von Leukocyten enthalten, theils aber auch reichliche Mengen von großen, meist etwas zackigen Blutplättchen, die sich in der Ehrlich'schen Methylenblaulösung intensiv färben und nicht etwa mit Mikroorganismen verwechselt werden dürfen. Aus jenen weichen Körnerhaufen, welche noch vergrößert werden durch das Zusammenschmelzen mehrerer derselben und den Einschluss von entfärbten rothen Blutkörperchen, bilden sich mehr gleichmäßige und immer homogener werdende Thrombusmassen, in denen nur noch einzelne, meist missgestaltete Kerne von Leukocyten, Hüllen rother Blutkörperchen, sodann wahrscheinlich aus der Substanz von Leukocyten hervorgegangene größere Fetttropfen zu erkennen sind. Die Blutplättchen sind in diesen Bildungen gänzlich verschwunden, wahrscheinlich aufgelöst und mit den Körnermassen verschmolzen.

Aus diesem Entwicklungsgange der Blutveränderung erhält ein großer Theil der mannigfaltigen, bald rein funktionellen, bald zur Nekrose oder Entzündung führenden Störungen eine ungezwungene Deutung. Es ist K. nun gelungen, durch sorgfältige mikroskopische Untersuchungen die Richtigkeit seiner Theorie für die Lunge festzustellen und glaubt er, die klinischen Erscheinungen der Lungen-

affektionen, die so sehr variabel sind, durch die verschiedene Ausdehnung der Kapillarthrombosen erklären zu können.

Weiter hat K. noch Kapillarthrombosen im Dünndarm, in der Riechschleimhaut und im Processus vocalis, die zu Geschwürsbildungen geführt hatten, gefunden. Er fordert zu weiteren, von diesem Gesichtspunkt aus vorzunehmenden Untersuchungen auf und weist darauf hin, dass die so räthselhafte Nona durch ausgedehnte Kapillarthrombose im Gehirn wohl ebenfalls leicht erklärt werden könne. —

Ribbert's neue bakteriologische Untersuchungen begreifen in sich 3 Gruppen von Erkrankungen. Die erste umfasst 3 Fälle von Pneumonie, in denen sich der Streptococcus pyogenes leicht nachweisen ließ. Zur zweiten Gruppe gehören 2 Fälle, in denen R. dem Lebenden entnommenen Empyemeiter untersuchen konnte; im ersten Falle fanden sich reichliche, im zweiten spärliche, aber typische Streptokokken. Die dritte Gruppe betraf Fälle von entzündlich-eitrigen Affektionen des Knochensystems nach Influenza; in den durch Incision entleerten Flüssigkeiten konnte R. vielfach Streptokokken, bei Abwesenheit derselben aber keine anderen Mikroorganismen nachweisen.

R.'s bakteriologische Untersuchungen im Ganzen ergeben also das Resultat, dass in allen Fällen, in denen überhaupt Mikroorganismen nachzuweisen waren, der Streptococcus pyogenes, und nur einmal neben ihm ein Coccus gefunden wurde, der mit dem Diplococcus pneumoniae große Ähnlichkeit hatte und wahrscheinlich eine Modifikation desselben darstellte.

Sodann erörtert R. die Möglichkeit einer kausalen Bedeutung des Streptococcus pyogenes und weist darauf hin, dass derselbe geeignet ist, die Erscheinungen der Influenza zu erklären. In erster Linie sind es die Lungenentzündungen, deren eigenartige, erysipelähnliche Ausbreitung, auf die Finkler so großes Gewicht legt und deren anatomisches Verhalten sich auf die Einwirkung des Streptococcus zurückführen lässt. Kaum minder bedeutungsvoll scheinen die Knochen- und Gelenkerkrankungen zu sein.

Das so häufig nachgewiesene Vorkommen des Diplococcus pneumoniae will R. als sekundär aufgefasst sehen. —

Die anatomischen Untersuchungen Kundrat's führten zu folgenden Ergebnissen: Während der Influenza-Epidemie traten an von ihr betroffenen Individuen Erkrankungen der Respirationsorgane auf, welche nach allen ihren Erscheinungen, dem Verlauf und Ausgang nicht mit den gewöhnlich zu Zeiten endemisch auftretenden übereinstimmten. Sie stellten sich dar als schwere Bronchitiden mit lobulären und lobären Entzündungsprocessen des Lungenparenchyms mit dem Ausgang in Eiterung, Nekrose und Gangrän einerseits, Induration andererseits, komplicirt mit eitrigen Pleuritiden, Pericarditiden und Peritonitiden oder gefolgt von Meningitis, eitriger Encephalitis und Endocarditis, ja selbst von pyämischen Processen. Von den

symptomatischen Bronchitiden bei anderen Infektionskrankheiten sind sie durch ihre Häufigkeit, Ausbreitung und Intensität ausgezeichnet. Sie lassen sich nur in Bezug auf die schweren Lungenaffektionen mit jenen schweren Bronchitiden vergleichen, welche durch Stagnation der entzündlichen Bronchialsekrete bei mechanischen Hindernissen in den Bronchien sich ausbilden.

K: betrachtet diese Processe als zur Influenza gehörige und zwar als Sekundäraffektionen, bedingt durch eine sekundäre Infektion. —

Pribram hatte schon im Jahre 1875 Gelegenheit, in Prag eine Influenza-Epidemie zu studiren, welche allerdings bedeutend kleiner war als die diesjährige, indem sie sich nur auf 129 Fälle bezog, die außerdem einen ganz bestimmten, geringen Kreis von Familien betrafen. Schon damals konnte P. folgende Punkte aufstellen:

1) Die Influenza ist ein Process, welcher, selbst wenn das Fieber nur wenige Tage andauert, den Organismus 3—4 Wochen in Banden hält.

2) Das die Influenza begleitende Fieber hat einen ganz bestimmten Charakter und zeigt oft den Typus inversus.

3) Die Influenza ist keine gleichgültige Erkrankung, besonders für das Herz und das vasomotorische System, so dass Herzkranke, besonders Herzmuskelkranke von derselben in bedenklicher Weise bedroht sind.

4) Das Chinin erweist sich bei der Behandlung der Influenza von unzweifelhaftem Nutzen.

5) Die Influenza ist höchst wahrscheinlich von Person zu Person übertragbar.

Alle diese Punkte konnten zum größten Theile auch in der jetzigen Epidemie ihre Bestätigung finden. Besonders wahrscheinlich erscheint P. die Kontagiosität der Erkrankung. Diese Frage wäre leicht zu entscheiden, wenn wir den Krankheitserreger der Influenza kennen würden. Zur Entscheidung der Frage kann ferner das Studium der Ausbreitung und des Ausbreitungsmodus beitragen. Unter den 34 ersten Fällen, die P. in der letzten Epidemie beobachtete, waren nicht weniger als 29, bei denen konstatirt werden konnte, dass sie mit Individuen in Berührung gekommen waren, die aus durchseuchten Orten kamen und dort mit Influenzakranken verkehrt hatten. P. ist desshalb der Ansicht, dass eine Isolirung in den ersten Tagen des Ausbruches der Krankheit am Platze wäre, doch lässt sich diese wohl selten streng durchführen. Wenigstens aber sollte man solche Personen, welche durch die Erkrankung gefährlich bedroht werden, Kinder, Greise, Tuberkulöse, Herzkranke von der Erkrankung durch Isolirung zu schützen suchen. —

Aus den Mittheilungen Bratanich's möchten wir einige Bemerkungen bezüglich des Einflusses der Lage von Ortschaften auf die Influenza hervorheben. K. glaubt, dass im Allgemeinen die Lage des Ortes an und für sich für das Auftreten der Influenza ohne Be-

deutung ist, nicht aber für die Verbreitungsweise. In Ortschaften mit starker Bodenfeuchtigkeit ergriff die Krankheit mit einem Schlage, also blitzartig eine relativ große Anzahl von Einwohnern, während in trockener gelegenen Ortschaften die Krankheit nur allmählich um sich griff und eine sehr hoch gelegene, auf Felsen ruhende Ortschaft ganz verschont blieb. Auch die relative Feuchtigkeit der Luft scheint nicht ohne Einwirkung auf die Verbreitung der Krankheit gewesen zu sein, denn die weitaus größte Zahl von Erkrankungen fiel in die Zeit anhaltenden Nebels bei einem Hygrometerstande von 98—100%, während bei eintretenden Stürmen und darauf folgenden heiteren Tagen ein entschiedener Rückgang der Epidemie beobachtet werden konnte. —

Heitler bespricht die Lungenerkrankungen bei der Influenza und kommt zu dem Schlusse, dass bei Influenzakranken Lungenaffektionen mit eigenthümlichem klinischen Verlaufe und eigenthümlichen anatomischen Befunden vorkommen, deren Zusammenhang mit der Influenza unzweifelhaft ist. Manche während der Influenzaepidemie beobachteten Fälle von krupöser Pneumonie, zusammengehalten mit anatomischen Befunden, lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass der Influenzaerreger auch eine krupöse Pneumonie hervorrufen könne. —

Nachdem Eichhorst über die Verbreitung der Influenza-Epidemie in Zürich einige Mittheilungen gemacht hat, bespricht er zunächst die Frage der Kontagiosität der Erkrankung, die er zu bejahen geneigt ist. Über den Träger der Infektion hat E. Untersuchungen nicht angestellt, glaubt aber, dass die Ansteckung zuerst eine allgemeine, eine Blutinfektion ist. Zur Unterscheidung der verschiedentlichen Krankheitsformen hält er die Eintheilung in eine Kopf-, Brust- und Unterleibsgrippe für zweckmäßig, betont aber, dass das besonders schwere Ergriffensein des Nervensystems in der letzten Epidemie vorherrschend war. Dies äußerte sich besonders in sehr ernsten nervösen Nachkrankheiten, von denen E. eine ganze Anzahl beobachten konnte: 2mal symmetrische Gangrän der unteren Extremitäten, mehrfach akute Geisteskrankheiten, je 1mal Aphasie, Chorea, Blasenlähmung. Auch den Temperaturverhältnissen hat E. Aufmerksamkeit geschenkt, hebt jedoch hervor, dass eine große Reihe von Fällen ganz fieberfrei verliefen.

In der Diskussion spricht sich zunächst Müller, der in der medicinischen Poliklinik und in der Privatpraxis ein großes Material beobachtete, entschieden für die Kontagiosität der Erkrankung aus. M.'s jüngster Pat. war 7 Monate, der älteste 76 Jahre alt; weitaus das größte Kontingent an Erkrankungen lieferte das Alter von 20—40 Jahren. Pneumonie wurde in 1,7% der Fälle beobachtet; die Pneumonien hatten einen eigenthümlichen Verlauf. Häufig kamen auch diffuse Bronchialkatarrhe vor; Phthisiker, Emphysematiker und Herzkranke wurden besonders schwer ergriffen.

Goll hat unter 250 Fällen 40mal Recidive gesehen, die stets unter heftigen Fiebererscheinungen und intensiven Kopfschmerzen eintraten. Sehr häufig beobachtete er Angina faucium. Milzschwellung war vom 3.—5. Tage des Fiebers eine sehr häufige Erscheinung. Der Urin enthielt in mehr als 20 Fällen Eiweiß, wenn auch öfters nur in kleiner Quantität.

Heub erwähnt höchst quälende Träume in der Nachperiode der Krankheit.

Zehnder spricht gegen die Kontagiosität der Erkrankung: das explosive

Auftreten derselben und die Kürze der Incubationszeit, die er auf nur wenige Stunden angiebt, sprächen dagegen.

Krönlein hat eine akute Vereiterung des Kniegelenkes, so wie mehrere Fälle von Thoraxempyem nach Influenza gesehen. —

Kühn leugnet, dass die Influenza überhaupt als eine Krankheit sui generis aufzufassen ist, sondern behauptet, dass man die ganze Epidemie als eine pandemische Verbreitung der pneumonischen Infektionskrankheit betrachten müsse, bei welcher die schweren ausgebildeten Pneumonien mit und ohne Meningitis die vollkommenste Entwicklung der pneumonischen Infektion, die leichten Formen katarrhalischer Erkrankung die rudimentären und larvirten Pneumonien repräsentiren. Zum Beweise für diese absonderliche Behauptung führt K. zunächst die Erkrankungsformen einzelner Familien an, die uns nichts weiter zu beweisen scheinen als die Kontagiosität der Influenza. Einen zweiten Beweis sucht K. auf bakteriologischem Wege zu erbringen, indem er den Fraenkel'schen Diplococcus pneumoniae als stets vorhanden und ätiologisch für die Influenzaerkrankung bezeichnet; die Untersuchungen anderer Forscher, z. B. Ribbert's (cf. oben), der fast nur den Streptococcus pyogenes bei allen Influenzaformen gefunden hat, lässt K. dabei vollständig außer Acht. Schließlich meint K., dass eine Übersicht des Krankheitsverlaufes bei Influeuza und bei der kontagiösen Pneumonie seine Behauptungen wohl zur Gewissheit erhebe; denn wenn man aus der Symptomatologie der ausgebildeten kontagiösen Pneumonie die pneumonischen Sputa und die physikalischen Zeichen der Verdichtung des Lungengewebes weglasse, so könne alles Übrige eben so gut für die Symptomatologie der Influenza gelten (?). Zu dieser eigenartigen Anschauung hat den Verf. die Beobachtung von 600 Einzelfällen geführt.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **R. Stintzing** (München). Der angeborene und erworbene Defekt der Brustmuskeln, zugleich ein klinischer Beitrag zur progressiven Muskelatrophie.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. p. 205.)

Verf. stellt nach Vorausschickung von Bemerkungen, die sich auf das Vorkommen und die Ausbreitung des Brustmuskeldefektes, zumal des kongenitalen, auf die zugleich beobachteten trophischen Störungen der Integumente, auf die Betheiligung anderer Körpermuskeln etc. beziehen, 5 Fälle zusammen. Von diesen handelt es sich 2mal um angeborenen Mangel von Brustmuskeln und zwar erstens um solchen der rechten Brustmuskeln mit Verkümmerung der rechten oberen Extremität und Syndaktylie, zugleich bestehender Hemiatrophia facialis, zweitens um angeborenen Defekt der linken Brustmuskeln. Beiden gemeinsam ist die gleichzeitig bestehende dürftige Entwicklung des Unterhautzellgewebes der Haut und ihrer Gebilde; es findet sich aber keine Asymmetrie des knöchernen Brustkorbes; die Leistungsfähigkeit des Armes ist unvermindert. An diese Fälle reiht Verf. 3 Fälle von erworbenem Defekt an und zwar von doppelseitigem der Brustmuskeln bei Dystrophia musc. progressiva, ferner von doppelseitigem bei der juvenilen

Form der progressiven Muskelatrophie, endlich von doppelseitigem bei der spinalen Form der progressiven Muskelatrophie.

In Bezug auf die differential-diagnostische Unterscheidung der kongenitalen und erworbenen Brustmuskeldefekte hebt Verf. besonders hervor, dass in allen Fällen von angeborenem Mangel der Brustmuskeln trophische Veränderungen der Integumente, Verkümmerung der Brustwarze mit Hochstand derselben, Schwund des Paniculus, rudimentäre Beschaffenheit oder Fehlen der Brusthaare und abnorme Straffheit der Haut vorhanden sind. Zum Schlusse bemerkt Verf., dass bei ausschließlichem Mangel der Pectorales die Leistungen des Armes kaum beeinträchtigt werden, indem alsdann andere Muskeln, besonders die claviculären Bündel des Deltoides vikariirend eintreten. **J. Ruhemann** (Berlin).

13. **E. Levy.** Über intra-uterine Infektion mit Pneumonia crouposa.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI.)

L. reiht einer Beobachtung von Netter einen eigenen Fall an, in dem das Kind einer an Pneumonie erkrankten Mutter intra-uterin pneumonisch inficirt wurde. Das ausgetragene Kind zeigte 7 Stunden nach der Geburt Cyanose, Dyspnoe und im rechten Oberlappen kleinblasige Rasselgeräusche. 49 Stunden nach der Geburt starb es und es fand sich bei der von v. Recklinghausen vorgenommenen Sektion eine hämorrhagisch-katarrhalische Pneumonie der rechten Lunge in lobulärer bis lobärer Form. In der ebenfalls zur Sektion kommenden Pleuropneumonie der Mutter fand sich (schon intra vitam) der Fraenkel'sche Pneumoniecoccus und eben so in dem Blute und der Lunge des Kindes und zwar in dem Blute reichlicher als in der letzteren. Verf. folgert hieraus, dass die Infektion des Kindes auf dem Wege der Blutbahn stattfand. Die Untersuchung der Plancenta und ihrer Gefäße fiel freilich negativ aus. **H. Neumann** (Berlin).

14. **E. Levy und Schrader.** Bakteriologisches über Otitis media.

(Archiv für exp. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. p. 223.)

Es kamen zur bakteriologischen Untersuchung 14 Fälle von akuter Otitis media. 10mal wurde die Paracentese gemacht und hiernach der Eiter untersucht. Es fand sich in Reinkultur 3mal der Pneumoniecoccus, 3mal der Staphylococcus pyog. albus, 1mal der Streptococcus pyog., ferner 1mal Pneumoniecoccus und Streptococcus pyog., 1mal Pneumoniecoccus und Staphylococcus pyog. albus, 1mal Staphylococcus pyog. albus und Staphylococcus aureus. In 4 anderen Fällen, in denen schon spontan Perforation eingetreten war (bei 2 wurde Trepanation nöthig), fand sich 2mal Streptococcus pyog., 1mal der gleiche und Staphylococcus pyog. albus, 1mal Staphylococcus pyog. albus und Micrococcus tetragen.

In 2 Fällen von chronischer Otitis media fand sich der Bac. saprogenes Rosenbach II, bezw. der Staphylococcus pyog. und Streptococcus pyog. und ein nicht pathogener Bacillus.

In 2 Fällen von Cholesteatom des Mittelohres fand sich Staphylococcus pyog. albus und Streptococcus pyog. und Bac. saprog. II, bezw. in dem 2. Falle, der zu eitriger Meningitis und Gehirnabscess führte, ein bisher nicht beschriebener lanzeolär geformter Kapseldiplococcus (nach Gram sich nicht entfärbend), welcher sich von dem Pneumoniecoccus u. A. durch sein Wachsthum in Gelatine und bei Zimmertemperatur unterscheidet.

Die Verff. weisen schließlich die Ansicht zurück, dass die Prognose der Otitis bei Anwesenheit des Streptococcus pyog. eine besonders ungünstige sei.

H. Neumann (Berlin).

15. **Martin.** Ärztliche Erfahrungen über die Malaria der Tropenländer.

Berlin, **Julius Springer,** 1889. 65 S.

Gestützt auf eine 7jährige ärztliche Thätigkeit auf Sumatra theilt M. seine Erfahrungen über die Malaria in klinischer und therapeutischer Hinsicht mit. Aus dem reichen Inhalt seien hier nur 2 Punkte erwähnt. In 7 Fällen lokalisirte sich

die Malaria in den Lungen bei Personen, welche an Malariakachexie litten, und verlief unter dem Bilde einer floriden Phthise schon in 3—4 Wochen tödlich. Eine Verwechselung mit tuberkulöser Phthise war auszuschließen, da Verf. eine solche in Sumatra überhaupt nie zu beobachten Gelegenheit hatte und überdies trotz zahlreicher Präparate in einem solchen Falle keine Tuberkelbacillen finden konnte. Hingegen heilten seine 3 letzten Fälle, nachdem sie nach dem für wahre Tuberkulose weit ungünstigeren, hingegen von Malaria freien Europa zurückgeschickt waren. Ferner ist zu bemerken, dass M. auch für Malarianeuralgien das Antifebrin als Specificum empfiehlt. **H. Neumann** (Berlin).

16. **Kreider** (Springfeld). The treatment of pneumonia by tepid baths.

(Med. record 1889. September 7.)

Auf eine allerdings nur kleine Zahl von eigenen Beobachtungen gestützt empfiehlt K. auf das dringendste die Anwendung lauwarmer Bäder in der Behandlung der Lungenentzündung; nach seiner Ansicht sollen lauwarme Bäder in allen jenen Fällen von Pneumonie angewandt werden, deren Verlauf sich ungünstig ansieht; nichts erleichtert die üblen Symptome so sehr als ihre Anwendung; sie kürzen die Dauer der Erkrankung ab wie die Dauer der Genesung und vermindern die Sterblichkeitsziffer; strenge Regeln für die Auswahl der Fälle lassen sich nicht einfach aufstellen, wie auch das Thermometer nicht immer den Ausschlag in der Wahl der Anwendung giebt; Athembeschwerden und stockender Auswurf sollten stets die Anwendung fordern, ohne Rücksicht auf die Temperatur des Kranken; Bäder von kaltem Wasser fand er für unnöthig bis jetzt, er würde aber im geforderten Falle unbedingt dieselben anwenden. Nothwendig ist es, Stimulantien vor und nach dem Bade zu geben, auch soll der Pat. ruhig im Bade liegen. Das Baden soll vom Arzte selbst ausgeführt werden. **Prior** (Köln).

17. **E. Fraenkal.** Über einen Fall von Gastritis emphysematosa, wahrscheinlich mykotischen Ursprungs. (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3.)

Ein sonst gesunder 35jähriger Mann erkrankt am Ende der ersten Woche nach einer erlittenen komplicirten Fingerfraktur unter schweren gastrischen Erscheinungen mit Cardialgien und wiederholtem Blutbrechen und geht nach nur $2^1/_2$tägigem Bestehen dieser Symptome in tiefem Collaps zu Grunde, ohne dass an der Wunde irgend ein Zeichen einer stattgehabten Infektion vorhanden gewesen wäre. Die Sektion ergab eine hochgradige diffuse Hyperämie der Magenschleimhaut und die Anwesenheit einer großen Anzahl über die ganze Innenfläche zerstreuter Prominenzen, welche durch submuköse Luftansammlungen bedingt waren, Veränderungen, welche jedenfalls nicht durch Fäulnisprocesse hervorgerufen worden sind, wie das mit absoluter Sicherheit aus dem mikroskopischen Befunde hervorging. Es ergab derselbe im Bereich und der Umgebung der lufthaltigen Räume kleinzellige Infiltrationsherde, strotzende Füllung der Gefäße und Blutextravasate, also entzündlich-reaktive Veränderungen; außerdem zeigten sich die jene Hohlräume begrenzenden Wandungen durchsetzt von einer großen Anzahl stäbchenförmiger Bakterien, welche morphologisch die größte Ähnlichkeit mit Milzbrandbacillen darboten, ihre Lokalisation nur im Bereich der eigentlichen Krankheitsherde hatten, und sowohl nach oben gegen die eigentliche Schleimhaut, wie nach unten gegen die muskulöse Magenwand sehr rasch an Zahl bedeutend abnahmen. Verf. kommt desshalb zu der Annahme, dass den Bacillen eine pathogene Bedeutung für die im Magen vorhanden gewesenen Veränderungen zugeschrieben werden müsse, und zwar ist er der Meinung, dass von dem verletzten Finger aus die Invasion der Bacillen stattgefunden hat, die, ohne die Wunde zu inficiren, im Magen ihren deletären Einfluss ausgeübt haben. Wahrscheinlich hat das, nach dem makroskopisch gleichartigen Aussehen der lufthaltigen Räume zu schließen, auch gleichzeitig erfolgte Auftreten derselben eine heftige mechanische Zerrung der in

der Schleimhaut verlaufenden Nerven veranlasst, die zu intensiven Schmerzen und wiederholtem Erbrechen führten. Welcher Art die betr. Bacillen gewesen, darüber vermag F. keine Auskunft zu geben; nur nach der negativen Seite ließ sich mit Bestimmtheit sagen, dass es sich trotz der großen morphologischen Ähnlichkeit nicht um Anthraxbacillen handelte, da die bei diesen im Magen angetroffenen Veränderungen, so wie die gewöhnliche Anhäufung der Anthraxbacillen in den Blutgefäßen hier vollständig fehlten. **Markwald** (Gießen).

18. **Bouissen.** Note sur un cas de charbon intestinal chez l'homme.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. T. I. No. 6.)

30jähriger Weißgerber erkrankt unter starken kalten Schweißen; am 3. Tage andauernd Frost und Erbrechen; am 6. Tage wird er ins Krankenhaus aufgenommen, wo er nach einigen Stunden stirbt. Die Symptome erinnerten hier an das Bild einer inneren Einklemmung, einer Vergiftung oder der Cholera asiat.: Erbrechen, Auftreibung des Unterleibes, mangelnde Urin-, Koth- und Darmgasentleerung, Fehlen des Pulses, Kühle der Nase und der Extremitäten bei erhaltenem Bewusstsein, Lungenkongestion. Aus dem Sektionsbefund sei erwähnt, dass im Intestinaltractus nur der Dünndarm erkrankt war; hier fanden sich eine Anzahl dunkel weinrother Herde von sehr wechselnder Ausdehnung, in deren Bereich die Darmwand stark ekchymosirt und bis auf fast 1 cm verdickt war; die Peyerschen Plaques bildeten Depressionen innerhalb der geschwollenen Schleimhaut. Das Peritoneum erschien ekchymosirt und gelatinös, die Mesenterialdrüsen waren vergrößert und blutreich. Die Milzbrandbacillen fanden sich, abgesehen von der erkrankten Darmpartie in der Milz und der Leber, weniger reichlich in der Niere; sie wurden kultivirt und mit Erfolg auf Meerschweinchen verimpft.

H. Neumann (Berlin).

19. **Fr. Schultze.** Über Akromegalie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 48.)

Dieser neue Fall von Akromegalie betrifft einen 33jährigen Mann, bei welchem zuerst eine progressive Sehstörung (temporale Hemianopsie) sich bemerkbar machte und bald darauf eine Vergrößerung des Unterkiefers und eine Verbreitung in der Occipitalgegend auffiel. Später acquirirte der Kranke auch eine hydropische Anschwellung des linken Knies. Der von S. aufgenommene Status ergab folgende Abnormitäten: Schädelumfang 670 mm. Stirnhöcker stark entwickelt. Starke Hervortreibung des unteren Randes des Hinterhauptbeines. Unterkiefer sehr verlängert. Nase 8 cm lang, $4^1/_2$ cm breit. Zunge abnorm breit und dick. Unterlippe stark gewulstet und überhängend. Thorax breit und tief. Clavicula besonders am sternalen Ende stark entwickelt. Retrosternale Dämpfung. Schilddrüse nicht durchzufühlen. Hände und Finger nicht besonders lang, aber breit. An den Beinen starke Entwicklung des unteren knöchernen Theiles des Unterschenkels und der Fußgelenke. Füße breit. Zehen stark entwickelt. Große Zehe mit $12^1/_2$ cm Umfang an der Endphalanx. Am Thorax, an den Armen und in der linken Regio glutea zahlreiche Keloide. Herzaktion unregelmäßig. Diese Beobachtung entspricht fast in allen Stücken bis auf die Kyphose der von Pierre Marie an einem Falle von Akromegalie gestellten Anforderungen. Zugleich bringt sie noch ein neues Symptom, die Prominenz des unteren Theiles des Os. occipit., welche auch bereits in einer Mittheilung von Adler erwähnt wird. Die temporale Hemianopsie ist von der die Akromegalie begleitenden Hypertrophie der Hypophyse abzuleiten, wenn auch ein sonst die Hypophysenschwellung begleitendes Symptom, der Diabetes insipidus, zur Zeit noch fehlt. Indem S. auf die Tendenz derartiger Fälle zu Gelenkerkrankungen hinweist, bringt er zum Schluss noch eine zweite Beobachtung, bei der allerdings die Akromegalie den Kopf noch nicht ergriffen hat, bei der aber eine ausgesprochene Neigung zu Gelenkerkrankung besteht. Therapeutisch hat er Jodkalium versucht, um durch Verminderung der Hypophysenschwellung ein Zurückgehen der temporalen Hemianopsie herbeizuführen; er hat aber bis jetzt noch keinen rechten Erfolg gesehen.

A. Cramer (Eberswalde).

20. **L. Bruns.** Über Lokalisation im Cervikalmark.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 48.)

Nach einer kurzen Übersicht über unsere heutige Kenntnis der motorischen Funktion der einzelnen Segmente des Cervikalmarkes bringt uns B. eine eigene Beobachtung, welche sich zur Lokalisation im Cervikalmark verwenden lässt. Nach einem Trauma in der Nackengegend trat bei einem Manne halbseitige Kontraktur und Parese auf, — im Anfang bestanden auch paraplegische Symptome. Allmählich kam wieder Bewegung in das rechte Bein, zugleich entwickelten sich aber Kontrakturen in der ganzen rechten Seite und ausgesprochene Atrophie und Lähmung des rechten Deltoideus, Biceps, Brachialis internus, Supinator longus und brevis und Infraspinatus der rechten Seite. Diese Atrophie und Lähmung entspricht der von Erb bei Verletzungen und Erkrankungen der 5 Plexuswurzeln zuerst beobachteten Kombination. Da nun außerdem der ganze rechte Arm (auch Schulter und Cucullaris) kontrakturirt waren, so kann man behaupten, dass diese Läsion in den obersten Partien der Halsanschwellung ihren Sitz haben muss. Es beweist also der Fall nach B., eben so wie der von Schultze, dass diese Muskelgruppe ihre primären nervösen Centren in den Vordersäulen der obersten Partien der Halsanschwellung findet.

Auch zur Kenntnis der sensiblen Funktionen des Rückenmarkes bringt B. einen Beitrag: Nach Sturz von einem Baugerüst stellte sich bei einem Manne totale Lähmung der Beine mit Verlust der Patellarreflexe, Blasen- und Darmlähmung, Priapismus, Lähmung der Finger und der Flexion der Hand, leichte Lähmung der Extension desselben, Analgesie und starke Herabsetzung der Sensibilität an Beinen und Rumpf bis zur 2. Rippe, Erloschensein des Gefühls in der ganzen unteren Hälfte der Oberextremitäten dorsal und ventral bei Erhaltensein auf der radialen Seite ein. Die Sektion ergab eine Erweichung in den unteren Partien der Halsanschwellung mit dem Centrum totaler Zerstörung zwischen 8. und 7. Cervikalnerven. Dieser Befund entspricht den Angaben in der Thorburn'schen Tabelle der Rückenmarkslokalisation, nämlich, dass Zerstörung des 7. und 8. Cervikalsegmentes totale Lähmung der Finger und der Flexion der Hand, leichte Lähmung der Extension der Hand und Anästhesie der unteren Hälfte der Oberextremität dorsal und ventral bedingt. **A. Cramer** (Eberswalde).

21. **Delavan** (New York). Further investigations as to the existence of a cortical motor center for the human larynx.

(New York med. journ. 1889. Juni 22.)

Auf dem internationalen Kongress zu Kopenhagen 1884 hatte D. ausgeführt, dass der menschliche Kehlkopf sein motorisches Centrum in der corticalen Hirnschicht haben müsse. Hier wird die Krankengeschichte eines 60 Jahre alten Mannes wiedergegeben, welcher an wiederholten Apoplexien mit vollständiger Hemiplegie linkerseits litt; dazu der Gaumen gelähmt und alle Schluckbewegungen; die Stimme, welche vorher laut und sonor war, wurde undeutlich und mühsam; während die hemiplegischen Symptome sich langsam besserten, blieb die Stimme verändert und noch nach Jahren fand sich in derselben unveränderter Weise eine vollständige Abduktorlähmung des linken Stimmbandes. Der Pat. ging schließlich an allgemeinem Hydrops zu Grunde. Bei der Sektion fanden sich rechts wie links in der inneren Kapsel Erweichungsherde. Dieser Fall würde also nicht für den corticalen Sitz des motorischen Larynxcentrum sprechen. **Prior** (Köln).

22. **J. Vogt.** Über Meningitis spinalis. (Aus der medic. Poliklinik in Tübingen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 38 u. 39.)

Verf. beschreibt ausführlich mehrere Fälle von Meningitis spinalis, welche mit allen, diesem Leiden zukommenden Symptomen verliefen, theilweise aber auch einige Absonderheiten darboten. Zweimal war mit Sicherheit eine Erkältung als Ursache anzunehmen; in den beiden subakut verlaufenden Fällen bildeten Schmerzen die ersten Zeichen der Erkrankung, während in einem dritten, der zugleich als

Beweis für das Vorkommen der primären chronischen Meningitis gelten kann, zuerst Ermüdungsgefühl mit Parästhesien, aber ohne Schmerzen, vorhanden war. Zweimal blieben die Krankheitserscheinungen lange Zeit auf eine Körperhälfte beschränkt und auch die zurückbleibenden Störungen waren auf der einen Seite viel mehr ausgesprochen als auf der anderen — eine Erscheinung, die nach Verf. nur durch einen schwachen Entzündungsreiz zu erklären ist. Ein vierter Fall stellte sich als akuter Gelenkrheumatismus dar, der unter dem Bilde einer spinalen Meningitis verlief und bei Behandlung mit Natr. salicylic. in großen Dosen bald zu völliger Heilung kam. **Markwald** (Gießen).

23. **C. Eisenlohr.** Beiträge zur Lehre von der Aphasie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 36.)

Im 1. Falle ließ sich dauernder Verlust des Sprachverständnisses, der Fähigkeit des Nachsprechens, des Lesens, des spontanen Schreibens, des Schreibens nach Diktat, erhaltene willkürliche Sprache mit reichem Wortschatz aber mit paraphasischer Störung, erhaltene, aber unvollkommene Fähigkeit des Kopirens nachweisen, während die Intelligenz vollständig erhalten war und erhebliche Gesichtsfelddefekte, speciell hemianopische Defekte fehlten. Die Sektion ergab folgenden Befund: Kleinhirn in beiden Hemisphären erweicht. Im Gebiet der linken Art. foss. sylv. einige ältere Herde und zwar ist das mittlere Drittel der 1. Schläfenwindung, ein $^1/_2$ cm langes Stück der zweiten Schläfenwindung tief eingesunken und ganz zerstört. Im hinteren Drittel der 1. Schläfenwindung und in den in der Tiefe der Foss. sylv. liegenden Theilen der Centralwindungen ein superficieller Rindendefekt. Eine ähnliche Läsion im untersten Theile der Interparietalfurche. Die obere Windung des Gyr. angularis eingesunken. Nach außen vom Streifenhügel im Mark drei stecknadelkopfgroße Herde und im vorderen Theil des Streifenhügel eine oberflächliche linsengroße Erweichung. Rechts im 3. Glied des Linsenkernes eine kleine Höhle (1 cm lang, wenige Millimeter tief). Da der Pat. die meisten Buchstaben richtig erkannte, aber nicht im Stande war, sie zu Worten zu kombiniren, so ist in diesem Falle die Annahme einer optischen Aphasie im Sinne Freund's unnöthig; es lassen sich vielmehr alle Erscheinungen aus dem Grade der Worttaubheit, dem akustischen Element, erklären. Bemerkenswerth ist in dem Falle die Hartnäckigkeit der Symptome der sensorischen Aphasie bei der verhältnismäßig geringen Erkrankung des Marklagers.

Im 2. Falle kommt zur Erklärung der Erscheinungen auch die optische Aphasie in Betracht. Einem Erweichungsherd im linken Parietallappen, welcher die vorderen Theile des oberen Scheitelläppchens, einen Theil der hinteren Centralwindung und den ganzen Gyr. supramarginalis zerstört hatte, sich unter den genannten Windungen tief ins Mark hinein erstreckte und in der Gegend der Vereinigung von Hinter- und Unterhorn fast die Wand des Ventrikels erreichte, entsprach rechtsseitige Hemiparese, Unfähigkeit, Objekte zu benennen, bei richtiger Orientirung und Andeutung von mangelhaftem akustischen Sprachverständnis und Intaktheit der motorischen Seite des Sprechens, welche allerdings durch die sensorischen Störungen beeinträchtigt wurde.

Die beiden letzten Beobachtungen gehören in das Gebiet der motorischen Aphasie und sind dadurch interessant, dass in beiden Fällen, namentlich aber im letzten, die Läsion in den tiefer gelegenen Abschnitten der Sprechbahn, im letzten in den hinteren Partien des Stabkranzes, dem hinteren Abschnitt der inneren Kapsel bis zum Hirnschenkel herab saß. Im letzten Falle war die Laut- und Satzbildung, das »motorische Gedächtnis« der Sprachbewegungen im Großen und Ganzen erhalten und nur »das Gefüge der einzelnen Laute zu beliebigen Wörtern in Unordnung gerathen«, die eigentliche Artikulation, die Fähigkeit der Lautbildung hatte nicht gelitten, und möchte E. den Symptomenkomplex mit »literaler Ataxie« bezeichnen. Zum Schluss betont Verf., dass der Unterschied zwischen Buchstaben- und Silbenataxie, welche noch in das Gebiet der aphasischen Störung gehört, und den dysarthrischen Sprachdefekten, wie sie durch Affektionen des Pons und Medulla oblongata hervorgerufen werden, festgehalten werden muss.

A. Cramer (Eberswalde).

24. **Ludwig.** Über Lokalisation des Quecksilbers im Organismus nach Sublimatvergiftungen.

(Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 18. Oktober 1889.)

(Wiener med. Blätter 1889. No. 43.)

Durch Anwendung von Zinkstaub gelang es, aus Flüssigkeiten die kleinsten Mengen von Quecksilber als Amalgam auszuscheiden und durch eine neue einfache Methode von diesem das Quecksilber in Tropfenform abzutrennen und durch Wägung quantitativ zu bestimmen. Aus Organen von Leichen der an Quecksilbervergiftung Gestorbenen ließ sich das Quecksilber bestimmen und so auch feststellen, in welchen Organen das Gift zumeist lokalisirt ist. Zur Kontrolle wurden Hunde mit Sublimat vergiftet. L. fand, dass eine gleichmäßige Vertheilung des Giftes durch alle Organe nicht stattfindet, dass vielmehr die Nieren am meisten, dann die Leber und Milz, dagegen das Gehirn, die Muskeln und die Knochen fast nichts von Quecksilber enthalten; bei manchen Vergifteten fanden sich auch große Mengen im Dickdarm, jedoch nur, wenn hier die bekannten diphtheritischen Geschwüre vorhanden waren. Ob in den Speicheldrüsen Quecksilber nachzuweisen ist, hat L. nicht untersucht. **Prior** (Köln).

25. **v. Watraszewski.** Beiträge zur Wirkung der Injektionen unlöslicher Merkurialpräparate bei der Behandlung der Syphilis und über einige Komplikationen, die bei dem Gebrauche derselben vorkommen können.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 6.)

Für die hypodermatische Anwendung unlöslicher Hg-Präparate spielt die Wahl eines geeigneten Vehikels eine sehr wichtige Rolle. Einige bei Katzen ausgeführte Experimente, wo Verf. verschiedene in der Syphilistherapie gebräuchliche Injektionsflüssigkeiten direkt in die Venae jugulares injicirte, geben über die hiernach eintretenden Lungenaffektionen sehr interessante Aufschlüsse; hierfür ist das Original zu vergleichen. Ganz besonders ungeeignet scheint ihm das Vaselinöl zu sein. Die bei 2 seiner Pat. beobachteten Lungeninfarkte glaubt er von diesem Vehikel abhängig, wahrscheinlich weil die eingespritzte Flüssigkeit direkt in die Vene gelangte, von wo sie zum rechten Herzen und weiterhin zu den Lungen getragen wurde. Dagegen glaubt er, dass die Emulsion von Hg-Präparaten in Gummischleim weniger gefährlich werden könnte, da eine solche Masse die Fähigkeit besitzt, sich leicht mit dem Blute zu mischen und mit demselben eine mehr oder weniger homogene Flüssigkeit zu bilden. **Joseph** (Berlin).

26. **Bergengrün.** Über einen Fall von Verruca dura laryngis.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3.)

B. beschreibt einen der seltenen Fälle, in welchen es sich um eine wirkliche Warzenbildung im Kehlkopfe handelt; in der Regio interarytaenoidea erhoben sich mehrere weißliche bis über erbsengroße Prominenzen mit höckeriger Oberfläche, die eine derbe Konsistenz darboten, breitbasig aufsaßen und leicht verschieblich waren. Motilitätsverhältnisse im Larynx normal; die Schleimhaut des Larynx chronisch-katarrhalisch entzündet. Gegen den gutartigen Charakter der Geschwülste sprach allein der bei solchen allerdings ungewöhnliche Sitz an der hinteren Larynxwand. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab einen ausgesprochenen epidermoidalen Charakter derselben, wie er der Verruca dura eigenthümlich ist. Hinsichtlich der Entstehung der Gebilde hält es Verf. für wahrscheinlich, dass sie aus einer Epithelmetaplasie hervorgegangen sind.

Markwald (Gießen).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 7. Juni.** **1890.**

Inhalt: 1. **Pölchen**, Anatomie des Nasen-Rachenraumes. — 2. **v. Limbeck**, Entzündliche Leukocytose. — 3. **R. Stern**, Einfluss der Ventilation auf in der Luft suspendirte Mikroorganismen. — 4. **v. Mering**, 5. **v. Mering** und **Minkowski**, 6. **de Dominicis**, 7. **F. Hofmeister**, Diabetes. — 8. **v. Düring**, 9. **Apery**, Denguefieber.
A. Gilbert, Ein Fall von außergewöhnlicher Pulsverlangsamung. (Original-Mittheilung.) 10. **Straus**, Diagnose des Rotzes. — 11. **Hoegyes**, Tollwuthimpfung. — 12. **Stirl**, 13. **Werther**, 14. **H. Cramer**, 15. **Hueber**, 16. **Karlinski**, Fieberhafter Ikterus (Morbus Weilii). — 17. **Karlinski**, Atypische Typhusfälle. — 18. **Rehn**, Akute Rachitis.

1. R. Pölchen. Zur Anatomie des Nasen-Rachenraumes.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

P. hat die Frage nach der Existenz der Bursa pharyngea (Tornwaldt) einer anatomischen Untersuchung unterzogen. Er hat insbesondere an der Leiche mittels einer eigenen Sektionsmethode den ganzen Schlundkopf mit anhängender Schädelbasis etc. ohne Verstümmelung des Gesichts durch Abstemmung herausgenommen und an dem gefrorenen Präparat Transversal- und Sagittalschnitte gemacht. Er gelangte zu dem Resultate, dass in der Mitte des Nasen-Rachenraumes sich eine Grube, ein Recessus, findet, wesentlich durch das Verhalten der beiden Musc. capit. long. (Rect. capit. ant. maj.) bedingt. Die letzteren bilden an ihrem Ursprung am Hinterhauptbein zwei Wülste, zwischen denen sich eine Rinne vertieft. Diese ist von der Rachenschleimhaut überzogen, welche in die Tiefe sackartig eindringen kann. Ist reichliches adenoides Gewebe vorhanden, so ist die Rinne und zugleich mit ihr die Bursa ausgefüllt und nicht sichtbar.

Physiologisch von Bedeutung ist, dass der Recessus medius beim Schluckakt unbeweglich bleibt, wie P. am Lebenden nach umfangreicher Oberkieferresektion direkt beobachtet hat. Es stellt der

Recessus med. ein Schleimreservoir dar, aus welchem der Schleim allmählich, aber stetig ausfließt. Auf der anderen Seite erscheint der Recessus med. besonders disponirt zu Sekretionsanomalien — Hypersekretion, Retention, Eiterung. P. schließt sich daher der Anschauung Tornwaldt's an, welcher an dieser Stelle (Bursa pharyngea) die häufigste und bedeutendste Lokalisation der krankhaft veränderten Sekretion sucht. **Kayser** (Breslau).

---

2. **v. Limbeck.** Klinisches und Experimentelles über die entzündliche Leukocytose. (Aus der Klinik des Prof. Pribram in Prag.)

(Zeitschrift für Heilkunde Bd. X.)

Die bisherigen Untersuchungen über das Verhalten der Zahl der weißen Blutkörperchen bei akuten fieberhaften Erkrankungen haben zum Theil widersprechende Ergebnisse geliefert; Verf. hat desshalb die Prüfung dieser Frage von Neuem an einem größeren klinischen Materiale aufgenommen. Nachdem L. mit Rücksicht auf die durch die Nahrungsaufnahme bedingten Schwankungen konstatirt hatte, dass sich der physiologische Grenzwerth für die Individuen der Klinik zwischen 8000—9000 weiße Blutkörperchen im Kubikmillimeter bewege, ging er an die Untersuchung pathologischer Fälle. Untersucht wurden 14 Fälle krupöser Pneumonie, 4 seröser und eitriger Pleuritis, 6 von Peritonitis, je 3 von Meningitis, Polyarthritis und Erysipel, 9 Fälle von Typhus abdom., 2 von Septikämie und 1 Intermittensfall. Es zeigte sich, dass die krupöse Pneumonie stets von entzündlicher Leukocytose begleitet ist, die erst mit der Rückkehr der Körpertemperatur zur Norm verschwindet; fällt das Fieber kritisch ab, so kann sich dies gleichfalls in der Leukocytenzahl kund geben, meist ist dieselbe jedoch bereits vor Eintritt der Krisis vermindert; erfolgt lytischer Fieberabfall, so zeigen auch die Leukocyten ein entsprechendes Verhalten. Auch Pleuritis und Peritonitis gehen mit Vermehrung der weißen Blutkörperchen einher, wenigstens so lange, als Fieber besteht und das Exsudat zunimmt. Eine auffallend starke Leukocytose war bei der eitrigen Meningitis zu konstatiren, während in einem Falle von tuberkulöser Meningitis die Leukocytenzahl nur unbedeutend vermehrt war; das letztere Verhalten war auch bei der akuten Polyarthritis zu verzeichnen, während beim Erysipel sich die Zählresultate ähnlich wie bei der Pneumonie gestalteten. Bei Typhus abdominalis, Sepsis und Febris intermittens war keine Leukocytose nachzuweisen; bei Typhus abdom. scheint geradezu eine Verminderung der Leukocyten, welche mit Dauer und Schwere der Erkrankung zunimmt, die Regel zu sein.

Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass die entzündliche Leukocytose regelmäßig nur bei solchen Krankheitsprocessen sich findet, bei welchen es zu einer Exsudation in die Gewebe kommt, nur dass dieselbe um so deutlicher zu Tage tritt, je zahlreicher und

mächtiger das Exsudat ist. Zum Schlusse des klinischen Theiles seiner Arbeit weist Verf. auf den Zusammenhang zwischen entzündlicher Leukocytose und Peptonurie hin, und erörtert die diagnostische Bedeutung der erwähnten Blutbefunde, namentlich in Bezug auf die Möglichkeit der Unterscheidung des Abdominaltyphus von anderen akuten Erkrankungen.

Der experimentelle Theil der Abhandlung beschäftigt sich zunächst mit der Frage, welche Mikroorganismen im lebenden Thierkörper entzündliche Leukocytose zu erzeugen vermögen. Als am wirksamsten in dieser Hinsicht erwiesen sich die Staphylokokken, Streptokokken und der Pneumoniebacillus Friedländer's; weitere Versuche, darauf gerichtet, die zeitliche Aufeinanderfolge von Exsudatbildung und entzündlicher Leukocytose zu prüfen, ergaben, dass letztere der ersteren vorangeht, und dass das zum Infektionsherd hinströmende Blut leukocytenreicher ist als das abströmende. Als Ursache des Auftretens der Leukocytose ist es nach Verf. auf Grund weiterer Versuche und in Rücksicht auf Versuchsergebnisse anderer Autoren naheliegend, sich vorzustellen, dass, sobald lebenskräftige Eitermikrokokken im Körper zur Ansiedlung kommen, diese vermittels stetiger Neubildung ihrer Stoffwechselprodukte auf dem gebotenen Nährboden eine bis jetzt noch nicht erklärte Einwirkung auf die weißen Blutzellen ausüben, vermöge deren dieselben in großen Massen in den Kreislauf getrieben werden. **E. Schütz** (Prag).

---

3. **Richard Stern.** Über den Einfluss der Ventilation auf in der Luft suspendirte Mikroorganismen. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Breslau.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 1.)

Um den Einfluss der Ventilation auf den Keimgehalt der Luft festzustellen, bediente sich der Verf. folgender Methode: Es wurde Staub aus Schulen, Papierfabriken (»Hadernstaub«) und den Arbeitsräumen anderer Fabriken entnommen, zumeist von den oberen Flächen der Schränke, immer aber mindestens in einer Höhe von 2 m, um die schwereren Antheile des Staubes möglichst auszuschließen und ein leicht vertheilbares Material zu gewinnen; dieser Staub sterilisirt und dann mit der gewählten Bakterienart imprägnirt. Verf. hatte Bacillus megaterium gewählt, weil er das Eintrocknen verträgt, in der Luft für gewöhnlich nicht vorkommt, nicht pathogen ist und in seinem morphologischen Verhalten sehr charakteristisch erscheint. Die Kulturflüssigkeiten des Bacillus wurden mit dem sterilisirten Staub zu einem mäßig dicken Brei verrieben, dieser unter der Luftpumpe über Chlorcalcium getrocknet, fein zerrieben und mittels eines Pulverzerstäubers im Zimmer — wie sich nachweisen ließ — annährend gleichmäßig vertheilt. Vor und nach der Ventilation wurde dann die Zahl der in der Luft enthaltenen Keime bestimmt; die Zählung derselben geschah mittels des Petri'schen Verfahrens. Es

ergab sich, dass sich in ruhiger Luft die verstäubten Keime rasch zu Boden senkten; bei Anwendung feinen Schulstaubes ist die Luft bereits nach $1^1/_2$ Stunden nahezu keimfrei, noch leichteres Material (feinster Woll- und Hadernstaub) erfordert eine längere Zeit. Die meistens übliche Ventilationsstärke, welche einer 1—3maligen Lufterneuerung in der Stunde entspricht, macht die Zimmerluft nicht wesentlich schneller keimfrei als das bloße Absetzenlassen. Eine weitere Steigerung der Ventilationsgröße, wie sie aber praktisch ohne direkten Zug hervorzurufen kaum durchführbar ist, also eine 6—7stündige Erneuerung, zeigt kräftigere und raschere Wirkung. Noch stärkerer Zug vermag die Keime aus der Luft von Wohnräumen schnell und vollständig fortzuführen, eine irgend wie beträchtliche Ablösung von Keimen vom Fußboden, Tapeten, Möbeln, Kleiderstoffen findet auch durch ihn nicht statt. Die Entwicklung von Wasserdampf beschleunigt das Absetzen der Keime in nicht sehr beträchtlichem Maße.

In praktischer Beziehung räth Verf. desshalb die einmalige Desinfektion eines nicht mehr bewohnten Zimmers derart vorzunehmen, dass man dasselbe mehrere Stunden lang bei verschlossenen Thüren und Fenstern belässt, dann, wenn sich sämmtliche Keime zu Boden gesenkt haben, den Fußboden nass aufwischt, am besten mit $1^0/_{00}$igem Sublimat; alsdann kann man, ohne eine Luftinfektion fürchten zu müssen, zur Desinfektion der Wände und Möbel schreiten. Für die weitere der Ventilation gestellte Aufgabe, die kontinuirliche Entfernung der Keime aus der Luft eines bewohnten Zimmers, zeigt sich nach den S.'schen Versuchen kein sicherer Weg; hier wird man den Hauptwerth auf die Prophylaxe legen, d. h. jede Erregung von Staub möglichst vermeiden, statt des trockenen Aufkehrens der Krankenzimmer dieselben mit einer sicher wirkenden antiseptischen Lösung aufwaschen, Polstermöbel, Teppiche überhaupt nicht dulden etc. Für inficirte Kleider, Betten endlich kann die Durchlüftung, wie sie noch in der neuesten Desinfektionsanweisung des preußischen Medicinalministeriums vom 14. Juli 1884 empfohlen wird, nicht mehr als rationelles Desinfektionsverfahren gelten. **Strassmann** (Berlin).

---

4. **J. v. Mering.** Über Diabetes mellitus. II.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. 5 u. 6.)

Die vorliegende Arbeit ist eine Fortsetzung der bereits früher veröffentlichten Versuche über den Phloridzindiabetes (s. d. Centralbl. 1888, No. 51, p. 929).

Das Phloridzin bewirkt nicht nur, wie in den früher geschilderten Versuchen, bei der Darreichung per os, sondern auch bei subkutaner Einverleibung Melliturie und zwar sind in diesem Falle nur geringe Mengen Phloridzin erforderlich, um große Mengen Zucker im Harn erscheinen zu lassen. Die Zuckerausscheidung hört hier allerdings schneller auf als bei der innerlichen Darreichung, offenbar aber nur desswegen, weil bei der letzteren die Resorption des Phlo-

ridzins wegen seiner geringen Löslichkeit in Wasser eine schwierigere und dem entsprechend auch die Ausscheidung eine langsamere ist. Auch bei intravenöser Einspritzung wirkt das Phloridzin.

Während sonst bei Diabetes mellitus der Zuckergehalt des Blutes ein größerer ist als in der Norm, findet ihn v. M. beim Phloridzindiabetes nicht gesteigert.

Die Untersuchung der Organe auf Glykogen ergiebt in Ergänzung früherer Angaben, dass unter dem Einfluss des Phloridzindiabetes der Glykogengehalt der Organe z. B. beim Hunger schneller als unter normalen Verhältnissen verschwindet. Es beweist dies nicht ein Herabgehen der Glykogenbildung, sondern kann auf einer stärkeren Glykogenzerstörung beruhen.

Phloridzin erzeugt auch im vollkommen kohlehydratfreien Thiere Diabetes. Zum Beweis sei folgender Versuch erwähnt: Ein Hund hungerte 20 Tage, eine Zeit, die an sich schon ausreicht, um einen vollkommenen Verbrauch der im Organismus aufgespeicherten Kohlehydrate herbeizuführen; außerdem erhielt er aber noch während dieser Zeit Phloridzin und schied unter dem Einfluss desselben 67,76 g Zucker aus. Trotzdem enthielt sein Harn nach Eingabe von Phloridzin am 21. Tage noch 20,02 g Zucker.

Neben Zucker findet sich gelegentlich im Harn bei langdauerndem Phloridzindiabetes auch β-Oxybuttersäure und Aceton. Es stellt sich auch ein dem Coma diab. ähnlicher Symptomenkomplex ein.

Der Zucker, der unter dem Einfluss des Phloridzins im Harn ausgeschieden wird, bildet sich im Organismus aus Eiweiß. Um eine Vorstellung von der Menge der Kohlehydrate, welche aus Eiweiß im Organismus gebildet werden können, zu erhalten, wird die Menge des Zuckers im Harn mit der gleichzeitig ausgeschiedenen Menge von Stickstoff verglichen. Nimmt man an, dass 100 g Fleisch mit 3,4 g N den Stickstoff als kohlensaures Ammoniak abspalten und der gesammte Kohlenstoff unter Wasseraufnahme zu Zucker wird, so würde man aus 100 g Fleisch 27 g Zucker erhalten, auf 1 g Stickstoff kämen dann 8 g Zucker. Bei den Phloridzinhunden fand sich im Harn des einen Hundes auf 1 g Stickstoff 3,4 g Zucker, d. h. es hatten sich aus 100 g Fleisch 11,8 g Zucker gebildet, in einem anderen Falle berechneten sich auf 100 g Fleisch sogar 17 g Zucker. Man sieht also, dass von dem im Eiweiß enthaltenen Kohlenstoff etwa die Hälfte in Zucker übergehen kann. Nehmen wir an, dass auch beim normalen Individuum eine gleich gewaltige Menge von Kohlehydraten gebildet wird, so wird dieselbe theils in den Geweben verbrannt, theils als Glykogen oder Fett aufgespeichert.

Von den Zersetzungsprodukten des Phloridzins bewirkt nur das Phloretin Diabetes, dagegen nicht Phlorose, auch nicht Phloretinsäure und Phloroglucin.

Nach Eingabe von Phloridzin und Chloralhydrat enthält der Harn Zucker und Urochloralsäure.

Schon früher waren am Menschen Versuche über die Wirksamkeit des Phloridzins angestellt worden. Da sie in Übereinstimmung mit den Versuchen am Hunde gezeigt hatten, dass das Phloridzin nicht schädlich ist, wurden sie wiederholt, um zu sehen, ob Phloridzin auch beim Menschen Glykosurie erzeugt, ein Punkt, der früher nicht beachtet worden war. In der That fanden sich bei drei Personen nach Eingabe von Phloridzin erhebliche Mengen von Zucker im Harn.

Ein mit Sarkom der Achselhöhle behafteter Mann erhielt während eines Monats Morgens und Abends je 1 g Phloridzin. Er schied während dieser Zeit 2727,9 g Zucker aus, im Tage also durchschnittlich 97 g. Am Tage nach dem Aussetzen des Phloridzins hörte die Zuckerausscheidung auf. Während der ganzen Zeit der Glykosurie waren Störungen des Allgemeinbefindens nicht nachweisbar.

In Fällen, wo Diabetes durch Einnahme von Phloridzin zu simuliren versucht werden sollte, würde man dies erkennen, wenn man die Personen 2—3 Tage bei reichlicher, gemischter Kost unter Klausur hielt. Nach dieser Zeit müsste der Zucker aus dem Harn verschwunden sein. **F. Röhmann** (Breslau).

---

5. **J. v. Mering** und **O. Minkowski.** Diabetes mellitus nach Pankreasexstirpation. (Aus dem Laboratorium der medicin. Klinik zu Straßburg i/E.)

(Archiv für experimentelle Pathologie Bd. XXVI. Hft. 5 u. 6.)

6. **N. de Dominicis.** Studii sperimentali intorno agli effetti delle estirpazione del pancreas negli animali. Diabete mellito sperimentale.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1889. p. 801.)

Die bisher in der Litteratur bekannt gewordenen Versuche, das Pankreas zu exstirpiren, hatten im Wesentlichen zu negativen Resultaten geführt. Auch in denjenigen Fällen, wo die Operation am besten geglückt war, hatte man keine Störungen beobachtet, die einen Aufschluss über die Bedeutung der Pankreasfunktion hätten geben können.

v. M. und M. gingen desshalb noch einmal daran, das Pankreas beim Hunde zu exstirpiren. Die früher für unausführbar gehaltene, wegen der anatomischen Verhältnisse immerhin recht schwierige vollständige Exstirpation gelang, wenn die Antisepsis streng durchgeführt wurde.

Nach vollständiger Pankreasexstirpation werden die Hunde diabetisch. Es handelt sich nicht um eine vorübergehende Glykosurie, sondern um einen echten dauernden Diabetes mellitus, welcher in jeder Beziehung der schwersten Form dieser Krankheit beim Menschen entspricht. Der ausgeschiedene Zucker ist Traubenzucker, die Hunde zeigen eine abnorme Gefräßigkeit und ein gesteigertes Durstgefühl. Lässt man sie nach Belieben Wasser saufen, so tritt

Polyurie ein. Trotz reichlicher Nahrungsaufnahme magern sie schnell ab, die Kräfte verfallen.

Früher oder später enthält der Harn neben Traubenzucker größere Mengen von Aceton, Acetessigsäure und Oxybuttersäure. Der Gehalt des Blutes an Zucker ist beträchtlich erhöht, das Glykogen der Organe schwindet frühzeitig.

Der Diabetes hält bis zum Tode an. Meist starben die Thiere in Folge von Komplikationen, die mit der schlechten Wundheilung zusammenhingen; letztere war bedingt durch die geringe Resistenz der diabetischen Thiere gegen Infektionsgefahr. Keines der Thiere lebte länger als 4 Wochen; von denjenigen, deren Wunde gut geheilt war, starben die einen an Inanition, andere unter den Erscheinungen einer Lungenerkrankung.

Ein auffallender Befund bei der Sektion der Thiere war die hochgradige Verfettung der Leber.

Der nach Pankreasexstirpation eintretende Diabetes ist nicht die Folge von Nebenverletzungen, etwa des Plexus solaris. Den besten Beweis liefern hierfür die Folgen der partiellen Exstirpation des Pankreas. Schneidet man die verschiedensten Theile des Pankreas aus, lässt aber jedes Mal irgend einen kleinen Theil der Drüse zurück, so tritt kein Diabetes auf (eben so wenig, wenn man die Ausführungsgänge doppelt unterbindet und das Pankreas vom Duodenum abpräparirt).

Das Auftreten des Diabetes ist also direkt auf das Fehlen des Pankreas zu beziehen. Das Fehlen des Pankreassaftes im Darmkanal ist aber nicht die Ursache. Denn der Diabetes tritt auch nach längerem Hungern ein, wenn der Darmkanal vollkommen leer ist. Es muss nach der Pankreasexstirpation eine Störung im intermediären Stoffwechsel vorhanden sein. Dieselbe deutet auf eine besondere, bisher noch unbekannte Funktion des Pankreas hin, welche die Zerstörung des mit der Nahrung eingeführten oder im Organismus gebildeten Zuckers bedingt. Dieselbe ist eine für das Pankreas specifische. Füttert man nämlich ein durch Pankreasexstirpation diabetisch gemachtes Thier, dessen Zuckerausscheidung bei gleichmäßiger Fleischkost annähernd konstant geworden ist, mit einer bestimmten Menge Traubenzucker, so tritt dieser vollständig in den Harn über, was nicht der Fall wäre, wenn außer dem Pankreas noch ein anderes Organ die Zuckerzerstörung bewirken könnte.

Außer Diabetes hat die Pankreasexstirpation eine mangelhafte Ausnutzung der Fette und Eiweißkörper im Darmkanal zur Folge.

F. Röhmann (Breslau).

Ähnlich wie v. Mering und Minkowski hat D. unter dem Schutze der Antiseptik Totalexstirpationen des Pankreas vorgenommen. Er benutzte Kaninchen und Hunde. Alle Thiere wurden nach der Operation sehr gefräßig und magerten trotz reichlicher Nahrungszufuhr erheblich ab. Fette und Amylaceen der Nahrung verließen den Darmkanal zum größten Theil unverändert.

In einigen Fällen trat Diabetes mellitus auf; und zwar entstand die Glykosurie, mit einer Ausnahme, erst 20—30 Tage nach der Operation. Aceton fand sich nur, wenn Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfall) aufgetreten waren. Bei reiner Fleischkost verschwand bei den diabetisch gewordenen Thieren die Polyurie; der Zucker im Harn wurde aber nur vermindert.

Fast alle Thiere überlebten die Operation etwa 4 Monate, eins sogar ein halbes Jahr; sie starben schließlich an Erschöpfung. Bei den diabetischen Thieren wurde Schwäche der hinteren Extremitäten und Erlöschen des Geschlechtssinnes beobachtet.

D. glaubt, dass die durch die Pankreasexstirpation herbeigeführte Störung der Verdauungsthätigkeit zu einer Alteration des Gewebschemismus führt, und dass diese das Auftreten des Diabetes verschulden kann. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

7. **F. Hofmeister.** Über den Hungerdiabetes.

(Archiv für experim. Pathologie Bd. XXVI. Hft. 5 u. 6. p. 355.)

Versuche von Worm-Müller haben gezeigt, dass beim gesunden Menschen nach Stärkefütterung kein Zucker im Harn auftritt, wohl aber beim Diabetiker, auch dem leichteren Grades. Ein in gewöhnlicher Weise ernährter Hund verhält sich in dieser Beziehung wie ein normaler Mensch, lässt man ihn aber hungern und reicht ihm dann stärkehaltige Nahrung, so findet sich Zucker in seinem Harn. Die Zuckerausscheidung beginnt frühestens eine Stunde nach der Stärkefütterung und dauert meist nicht über die 4. Stunde hinaus. Die Menge des Zuckers stieg in einem Falle bis 3,84%; im Ganzen wurden in diesem Falle 4,69 g ausgeschieden, entsprechend etwa 30% der verfütterten Stärke.

Wenn man Thiere lange hungern lässt, so dass sie in einen elenden Zustand gerathen, so bleibt die Glykosurie nach der Stärkefütterung aus in Folge mangelhafter Funktion des Darmkanales.

Die Glykosurie beruht darauf, dass die gefütterte Stärke in größerer Menge im Darmkanal saccharisirt und resorbirt wird, als sie der Organismus in Folge des Hungerns zu assimiliren vermag. Die Menge des assimilirten Zuckers sank in Versuchen von H. bei einem Hunde während des Hungers von 5 g pro Kilo Thier auf weniger als 2 g, bei einem anderen von 1,3 g auf 0,5 g, d. h. ein normaler Hund,, welchem man bis zu 5 g pro Kilo Thier Zucker in der Nahrung geben konnte, ehe Zucker im Harn erschien, schied, wenn er gehungert hatte, schon nach Eingabe von 2 g pro Kilo Zucker im Harn aus. **F. Röhmann** (Breslau).

---

8. **v. Düring.** Das Denguefieber.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 1—3.)

9. **Apery.** Beitrag zur Kenntnis des Denguefiebers, insbesondere der Epidemie desselben zu Konstantinopel.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Februar.)

Nach einer kurzen Einleitung, welcher ein eingehendes Litteraturverzeichnis beigegeben ist, und etymologischen Erörterungen, denen wir entnehmen, dass das Wort »Dengue« ein altarabisches ist und »große Abgeschlagenheit, Schlaffheit« bedeutet, kommt v. D. auf die Epidemiologie zu sprechen. Wir erfahren, dass die Dengueerkrankung von Smyrna nach Konstantinopel eingeschleppt wurde, wo sie zuerst in Kassim-Pacha, einem schmutzigen, von ärmeren Klassen bewohnten Stadtviertel, ausbrach.

Das Denguefieber ist exquisit kontagiös. Die jetzige Epidemie folgt hauptsächlich den Seewegen. Die Ansteckung erfolgt nicht nur von Person zu Person, sondern auch durch Gegenstände, z. B. Wäsche. Die Incubation der Erkrankung beträgt durchschnittlich 2 Tage.

Die Krankheit verläuft gewöhnlich in drei Stadien. Die erste Periode ist fieberhaft, mit Gelenkschwellungen verbunden, meist ohne Prodrome. Im zweiten Stadium polymorphes Exanthem, allgemeine Prostration, Schlaflosigkeit, sensible Störungen der Haut, Neuralgien, gastrische Störungen. Als dritte Periode ist die langwierige Rekonvalescenz zu betrachten. Als Komplikationen gewöhnlich des zweiten Stadiums treten auf Erkrankungen des Bronchial-, Digestions- und Cirkulationsapparates, ferner Drüsenerkrankungen, Albuminurie, Schweiße.

Die Prognose ist im Allgemeinen günstig. Es kommen etwa 1% Todesfälle vor.

Differentialdiagnostisch ist Rheumatismus articul. acut., Scharlach, Blattern, Influenza im Auge zu behalten.

Ein specifisches Medikament gegen die Erkrankung existirt nicht. Am meisten findet neben Laxantien Antipyrin Anwendung.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

Der in der Übersetzung wiedergegebene, in französischer Sprache eingesandte Originalartikel A.'s enthält eine ausführliche Beschreibung der Ätiologie, der Symptome, der Komplikationen, der Prognose und der Therapie des Denguefiebers, wodurch der Autor auch den deutschen Ärzten in dankenswerther Weise Gelegenheit giebt, diese Erkrankung mit den Erscheinungen der Influenza zu vergleichen. Es muss dabei bemerkenswerth erscheinen, dass nach der Beschreibung des Verf. die Denguekrankheit in ihrem ganzen Verlaufe eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit mit der Influenza aufweist, wiewohl Unterschiede, wie sie von zahlreichen deutschen und französischen Autoren gelegentlich von Besprechungen der Influenza-Epidemie betont worden sind, sich auch aus der vor-

liegenden Beschreibung herausfinden lassen. Die Beschreibung der Krankheit möge in ihren wesentlichsten Punkten in Folgendem in Kürze wiedergegeben werden.

Mit Bezug auf die Ätiologie sei nur erwähnt, dass die Untersuchungen des Blutes und des Urins auf bakterielle Ursachen negativ ausfielen. Die Incubation der Erkrankung ist eine sehr kurze, höchstens 8 Tage, gewöhnlich 1—2 Tage. Kein Alter, kein Geschlecht und keine Rasse wird verschont. Die Symptome sind folgende: Beginn mit Schüttelfrost oder nur mit Ermattung und Schauern und Kopfschmerzen. Zu gleicher Zeit treten allgemeine Schmerzen, Schwindelgefühl und gastrische Erscheinungen auf und die Zunge ist belegt, am Rande roth. Die Temperatur steigt auf 38—39,5 bis 40,0°, selten höher. Sehr häufig sind Gesicht, Hals, Hände und Vorderarme mehr oder weniger geröthet. Dieses Erythem ist meist rasch vorübergehend. Das Fieber dauert gewöhnlich 1—2 Tage. Am 3. Tage erscheint oft ein neuer Ausschlag derselben oder anderer Art, meist an denselben Stellen. Die Augen sind geröthet, die Kopfschmerzen sind jetzt äußerst heftig, die Glieder schmerzhaft und es besteht ein äußerst starkes Ermüdungsgefühl; der Zustand wird von dem Kranken verglichen mit dem eines Menschen, der heftige Stockschläge bekommen hat. Bitterer Geschmack, Appetitlosigkeit, oft Übelkeit, seltener Erbrechen, Foetor ex ore. Leber und Milz normal, Durstgefühl mäßig, Haut ziemlich trocken.

Zuweilen dauert das Fieber selbst 6 Tage; zuweilen finden heftige Diarrhoen statt. Sehr langsam kehrt der Appetit wieder, noch viel langsamer schwinden Körperschwäche und Müdigkeit.

Von Komplikationen sind Delirien und Psychosen beobachtet worden. Die Krankheit kann sich mit intermittirendem Fieber oft 3—4 Wochen hinziehen. Zuweilen bleibt die Gesichts- und Halsröthung lange bestehen, wobei der Kranke aussieht, als sei er eben einem heißen Bade entstiegen, auch werden Gesichtsödeme beobachtet. Zuweilen ist das Exanthem erysipelartig, selten papulös oder gar vesikulös, zuweilen stark juckend. Häufig ist Kardialgie vorhanden, seltener sind Diarrhoe und Dysenterie, Epistaxis und Zahnfleischblutungen, Magenblutungen und Darmblutungen beobachtet worden; Myalgien, Arthralgien und Ostealgien gehören fast noch zu den Symptomen. Ikterus bildet eine seltenere Komplikation.

Die Rekonvalescenz zeichnet sich, wie erwähnt, durch große Langsamkeit aus, besonders langdauernd ist der Schwächezustand. Sie wird oft von Desquamation der Haut begleitet, die 2—3 Wochen andauern kann. Recidive sind sehr häufig.

Die Prognose der Erkrankung ist durchaus gutartig, nur bei Personen mit organischen Krankheiten und bei Greisen kann das Denguefieber gefährlich werden und das Ende beschleunigen. Therapeutisch wird besonders Phenacetin und Antipyrin, nicht Chinin, empfohlen.

Rosin (Breslau).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

Ein Fall von aufsergewöhnlicher Pulsverlangsamung.

Von

Dr. **Gilbert** in Dresden.

Dem in d. Centralblatt No. 20 mitgetheilten Fall des Herrn Dr. Bohm in Stettin möchte ich in Kürze einen ähnlichen anreihen.

Am 15. März a. c. kam in Beobachtung die ca. 60jährige Wittwe G. Pat. war schon längere Zeit von Dr. Meinert in Dresden an tertiärer Syphilis behandelt worden: sie hatte vorzugsweise Haut- und Knochenerkrankungen, keine Gehirnerkrankung geboten, und mit gutem Erfolg Jodkali genommen.

Am 15. März klagte sie über Stechen zwischen den Schulterblättern, Husten, zunehmende Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Es fand sich eine leichte Pleuritis sicca dextra und Bronchitis, vorwiegend auf dem rechten Unterlappen lokalisirt.

Verordnung: Bettruhe, Kataplasmen, Jodkali.

Erscheinungen von Seiten des Herzens bestanden nicht, auch kein Brechen und Schwindel.

Am 17. wurde, bei gleichzeitiger Besserung des Lungen-Rippenfellbefundes und, ohne dass neue Krankheitserscheinungen hinzutraten, erstmalig eine Verlangsamung des Pulses auf 30—32 Schläge in der Minute konstatirt und wurde dieser auffallende Befund, wie stets fernerhin, auch durch Auskultation des Herzens festgestellt. Das Herz war für die Perkussion nicht vergrößert, die Töne über allen Klappen völlig rein; die Art. radial. war mäßig geschlängelt und rigid, der Puls regulär, groß, zeitweise deutlich dikrot. Kein Fieber.

Verordnung: kräftige Ernährung durch Ei und Milch, stündlich starker Wein.

Am 18. sank trotz weiterer Besserung der katarrhalischen Erscheinungen der Puls auf 22 und wurde klein, während Dikrotie nicht mehr zur Beobachtung kam. Durch reichliche Gaben von Wein und Kampher hob sich am 19. und 20. der Puls bis auf 24 Schläge, blieb aber klein. Gleichzeitig wurde das Sensorium benommen, Durchfälle traten ein, zuletzt Incontinentia alvi et urinae und reichliche Schweiße. Am 21. erfolgte der Tod; bei dem letzten Besuche wurden noch 20 Schläge gezählt.

Ausdrücklich möchte ich noch hervorheben, dass der Puls bis zuletzt völlig regulär blieb. Die subjektiven Klagen der Pat. bestanden, so lange das Sensorium frei war, nur in mäßiger Kurzathmigkeit, Schwindelgefühl und zunehmender Schwäche. Späterhin stöhnte die Kranke viel und warf sich unruhig hin und her.

Lungen und Herz wurden wiederholt, auch von Dr. Meinert, untersucht: es fanden sich stets reine Herztöne und nur geringe katarrhalische Erscheinungen über dem rechten Unterlappen.

Für ein Gumma cerebri boten sich keine sicheren Anhaltspunkte. Die Sektion wurde nicht gestattet.

---

10. **J. Straus.** Sur un moyen de diagnostic rapide de la morve.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1889. No. 3.)

Wenn man ein männliches Meerschweinchen mit rotzverdächtigem Material in die Bauchhöhle impft, so schwillt bei Anwesenheit des Rotzbacillus schon am 2. oder 3. Tage nach der Infektion der Hodensack an. Diese Anschwellung ist durch eine specifische Entzündung der Häute des Hodens bedingt und für Rotz von pathognostischer Bedeutung. **H. Neumann** (Berlin).

11. **Hoegyes.** Contribution expérimentale à l'étude de quelques questions pendantes au sujet de la rage.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 8.)

Vom 1. November 1885 bis Ende Juni 1888 wurden in Ungarn 532 Fälle von Bisswunden angezeigt, die von der Hundswuth verdächtigen Thieren herrührten.

62 der Gebissenen wurden mit Schutzimpfungen behandelt (durch Pasteur resp. Ulmann); keiner von ihnen starb. Von den übrigen 470 starben 44 an der Wuth.

Über Heilung der zum Ausbruch gekommenen Hundswuth beim Menschen ist nichts Zuverlässiges bekannt. Beim Hund konnte H. eine solche wiederholt beobachten und zwar unter 159 geimpften Hunden 6mal resp. 13mal, wenn man die Fälle zurechnet, in denen die Hunde vor oder nach der Infektion außerdem vaccinirt waren.

4 von einem immunisirten Elternpaar stammende Hunde wurden im Alter von 3 Monaten inficirt; 1 starb an gewöhnlicher Wuth, 2 starben an ihr erst nach ungewöhnlich langer Incubation, eins blieb am Leben. Die Stärke des von den Eltern ererbten Impfschutzes war also eine sehr verschiedene.

H. Neumann (Berlin).

12. **O. Stirl.** Zur Lehre von der infektiösen fieberhaften, mit Ikterus komplicirten Gastroenteritis (Weil'sche Krankheit). (Aus dem Allerheiligenhospital zu Breslau, Abtheilung des Herrn Prof. Dr. Rosenbach.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 39.)

Ein 35jähriger, sonst gesunder Kanalarbeiter verunglückte in der Weise, dass er von den aufsteigenden Kloakengasen betäubt in Jauche stürzte und dabei eine große Quantität derselben verschluckte. Herausgezogen, erbrach er den größten Theil wieder, bekam einen heftigen Schüttelfrost, Erbrechen und Diarrhoen. Hohes Fieber, das bald staffelförmig abfiel; am 6. Tage war er fieberfrei, blieb es bis zum 24. Tage, wo er eine vorübergehende Temperatursteigerung bekam. Die Leber war vergrößert, druckempfindlich, mit dem Beginne der Defervescenz stellte sich Ikterus ein; Milzschwellung; ikterischer, eiweißhaltiger Urin mit Cylindern und weißen und rothen Blutkörperchen. Dabei bestanden Kopfschmerzen, Schwindel und Benommenheit, im späteren Stadium trat Parese der beiden Oberextremitäten, der linken Augenmuskulatur und des linken Facialis ein; ophthalmoskopisch war Stauungspapille nachweisbar. Die Stühle waren gallig gefärbt, die Ileocoecalgegend druckempfindlich; am Ende der Krankheit traten Schmerzen in den Wadenmuskeln auf. Die Rekonvalescenz war eine sehr langsame.

(Ein gleichzeitig in gleicher Weise verunglückter Arbeiter erkrankte unter denselben Symptomen, ebenfalls mit Ikterus und starb; nähere Angaben hierüber liegen jedoch leider nicht vor.)

In diesem Falle, der vom Verf. als ein Fall von Weil'scher Krankheit aufgefasst wird, erfolgte die Infektion vom Verdauungstractus aus und es wurde die Krankheit wohl sicher durch die Aufnahme von in der Jauche enthaltenen Ptomainen oder Toxinen hervorgerufen. Der Weg der Infektion erklärt auch das Auftreten des Ikterus. Rosenbach glaubt, dass die infektiösen Schädlichkeiten, welche in die Leber gelangen, diese reizen und zu energischer Thätigkeit anregen; in Folge dieser hochgradig vermehrten Sekretion und in Folge von Stauung wird der Gallenabfluss erschwert und es entsteht der Ikterus. Diese energischere Thätigkeit der Leber stellt aber auch eine Schutzvorrichtung dar, in so fern sie der Ausdruck des Bestrebens des Körpers ist, sich der infektiösen Schädlichkeiten zu erledigen. Daher die häufige Komplikation von Ikterus mit derartigen Infektionen, daher das auffallende Zusammentreffen des Auftretens von Ikterus mit dem Beginne der Defervescenz in den Fällen von Weil'scher Krankheit. Gelingt es der energischen Leberthätigkeit der Infektion Herr zu werden, so erfolgt Heilung, gelingt es nicht, so erfolgt trotz Ikterus kein Fieberabfall, sondern letaler Ausgang unter pyämischen Erscheinungen. Verf. fasst danach die Weil'sche Krankheit als eine Infektion vom Verdauungstractus auf, wo die Intoxikation gleichsam über die Leber hinweg erfolgt, nachträglich aber durch eine energische Thätigkeit derselben, die als Ikterus in die Erscheinung tritt, zu paralysiren gesucht wird und giebt ihr die Bezeichnung »infektiös fieberhafte, mit Ikterus komplicirte Gastroenteritis«.

Goldschmidt (Nürnberg).

13. **Werther.** Morbus Weilii. (Aus dem Dresdener Stadtkrankenhause, Abtheilung des Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Fiedler.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Verf. konnte aus der bisher vorliegenden Litteratur über die Weil'sche Infektionskrankheit 71 Krankengeschichten zusammenstellen und bespricht in der vorliegenden Arbeit auf Grund derselben die Symptome, Differentialdiagnose und Ätiologie der Weil'schen Krankheit. Als Resultat dieser Arbeit ergiebt sich:

1) Die in Frage stehende Krankheit ist sui generis und gehört in dem jetzt bestehenden Schema zu den miasmatischen Infektionskrankheiten.

2) Fälle davon sind schon vor Weil veröffentlicht worden, zum Theil unter dem Namen biliöses Typhoid. Kurz vor Weil haben französische Autoren auf ihren specifischen Charakter aufmerksam gemacht, Weil zuerst in Deutschland und zuerst mit ausführlicher Würdigung der konstanten Symptome als gleichwerthige Zeichen der Allgemeininfektion.

Die Arbeit des Verf. stellt ein vorzügliches zusammenfassendes Referat über die einschlägige Litteratur vor, in welchem leider einige neuere Publikationen über den gleichen Gegenstand nicht mehr berücksichtigt werden konnten.

Goldschmidt (Nürnberg).

14. **H. Cramer** (Wittenberge). Fieberhafter Ikterus mit Nephritis und Milzschwellung (Weil'sche Krankheit) in Folge von Santoninvergiftung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Verf. theilt einen Fall schwerer Santoninvergiftung mit, der unter ähnlichen Symptomen verlief, wie sie für die Weil'sche Krankheit charakteristisch sind und bei dem die sonst nach Santoningebrauch auftretenden Vergiftungserscheinungen nicht vorhanden waren.

Der Fall betrifft ein 4jähriges Mädchen, das an Spulwürmern leidend Wurmkuchen (Santonin enthaltend) erhalten hatte, und bald danach mit Frost, Hitze, heftigem Erbrechen und Durchfall erkrankte. Am 3. Tage bestand leichter Ikterus, Fieber, leichtes Ödem, Albuminurie mit zahlreichen Cylindern und Blut im Urin, Schmerzhaftigkeit der Lebergegend, Milzschwellung und hochgradige Mattigkeit und Schlaffheit. In den nächsten Tagen nahm das Fieber lytisch ab, der Ikterus noch zu, der gleich der Nephritis noch ca. 10 Tage bestehen blieb; außer Kopfschmerzen und geistiger Apathie bis zur völligen Somnolenz waren keine cerebralen Symptome vorhanden. Die Heilung erfolgte, ohne dass Relapserscheinungen zur Beobachtung gekommen wären.

Verf. führt diesen Fall als Beweis für die ätiologische Verschiedenheit der unter dem Namen der Weil'schen Krankheit bekannten Erkrankung an.

In einem anderen, ätiologisch verschiedenen Falle wurde gleichfalls der Weil'sche Symptomenkomplex beobachtet:

Es handelte sich hier um ein 7 Jahre altes Kind, das eines Tages beim Spielen an niedrigem Dache hängende Eiszapfen abgeschlagen und dieselben gleich Bonbons gelutscht hatte. An demselben Abend Erbrechen und Übelkeit, viel Durst und Frost; Tags darauf bestanden Fieber, Ikterus, Leibschmerzen mit Druckempfindlichkeit des Abdomens, Milzschwellung und leichte Albuminurie. In den darauf folgenden Tagen trat Ödem des Gesichts auf, Albuminurie und Ikterus nahmen zu und hielten sich vom 4.—10. Tage auf gleicher Höhe. Das Fieber hielt sich auf einer Höhe von ca. 39°. Das Allgemeinbefinden war schlecht, der Stuhlgang retardirt. Dann gingen die Erscheinungen langsam zurück, das Fieber sank in 3 Tagen lytisch zur Norm und in etwa 3 Wochen erst trat völlige Rekonvalescenz ein.

Goldschmidt (Nürnberg).

15. **Hueber.** Weitere Beiträge zu Weil's fieberhafter Gelbsucht.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1890. No. 1. p. 1—15.)

Verf., welcher schon früher einige einschlägige Beobachtungen mitgetheilt hat, berichtet in dem vorliegenden Aufsatze über 4 neue Fälle von fieberhaftem in-

fektiösem Ikterus, welche im Sommer 1889 im württembergischen Pionierbataillon No. 13 vorkamen. Ein direkter Zusammenhang zwischen denselben ließ sich zwar nicht feststellen; dennoch vermuthet Verf. das ihnen gemeinsame ätiologische Moment in dem unterhalb der Stadt Ulm durch den Zufluss zahlreicher Kanäle resp. Schmutzwässer verunreinigten Flusswasser der Donau, welche von dem betreffenden Truppentheil zum Baden benutzt wird. Auch Pfuhl, Kirchner und Schaper haben bekanntlich bei den von ihnen beobachteten Fällen, bezw. Epidemien von fieberhaftem Ikterus das Baden im Fluss als muthmaßliche Ursache angeschuldigt. Einer von den 4 Fällen H.'s verlief nach 9tägiger Krankheitsdauer, während deren der Pat. schwere gastrische Symptome, Apathie, Schwerbesinnlichkeit und schließlich Zuckungen des Körpers darbot, tödlich. In dem gegen das Lebensende überaus spärlich secernirten Harn waren angeblich Tyrosinkrystalle enthalten. Die Sektion ergab relativen Blutreichthum des Gehirns und der Lungen, so wie Ekchymosen im Netz und der Nierenkapsel und im Mesenterium, ferner einen blassen Milztumor mit beträchtlicher Schwellung der Follikel, Vergrößerung und parenchymatöse Trübung der Niere, Fettinfiltration der zelligen Elemente der Leber, welche nicht vergrößert und auffallend blass erschien; im Darm durchaus negativer Befund. Zwei andere Fälle verliefen relativ leicht unter den von Weil geschilderten Symptomen und zeichnete sich nur durch eine im Beginn vorhandene dunkle Röthung des Rachens in Verbindung mit Schlingbeschwerden aus; bei dem einen entwickelten sich überdies auf der Haut des Halses und Bauches zahlreiche Hämorrhagien. Bei dem vierten, wiederum schwerere Symptome darbietenden, aber doch schließlich genesenden Pat. wurde die Erkrankung durch Blutbrechen eingeleitet. In dem Résumé zu diesen 4 Fällen entwickelt der Verf. seine Ansicht über die Natur und Ursache der Affektion dahin, dass dieselbe als Abortivtyphus jedenfalls nicht aufzufassen sei, vielmehr mit Rücksicht auf ihr »eigenartiges, so rasch und plötzlich einsetzendes und mit so scharfen, bestimmten Erscheinungen verlaufendes Krankheitsbild eben so gut einen eigenen Namen beanspruchen kann, wie so manche Schwester in der Familie der Infektionskrankheiten, an deren Specifität Niemand zu rütteln wagt, wie wohl nicht wenige derselben in gleicher Weise den Nachweis des resp. Krankheitserregers vermissen lassen«. **A. Fraenkel** (Berlin).

16. **J. Karlinski.** Zur Kenntnis des fieberhaften Ikterus.

(Fortschritte der Medicin 1890. No. 5. p. 61.)

Ohne sich auf eine Diskussion der Frage einzulassen, ob die Aufstellung einer besonderen, mit dem Namen »Weil'sche Krankheit« zu belegenden neuen Krankheitsspecies berechtigt sei oder nicht, berichtet K. über 5 Fälle von fieberhaftem Ikterus mit positivem Bakterienbefund des Blutes, welche von ihm im Frühjahr und Sommer 1889 in Stolac in der Herzegowina zu Anfang der daselbst sich alljährlich wiederholenden Epidemie von Abdominaltyphus beobachtet wurden. Dieselben haben indess mit der von Weil und späteren Autoren berichteten Fällen, wie wir vorausschicken wollen, lediglich das Symptom des fieberhaften Ikterus, der Milzschwellung, Albuminurie, so wie die Intensität der nervösen Erscheinungen gemeinsam, während sie sich im Übrigen durch den Verlauf der Fieberkurve, so wie eben den durchaus charakteristischen Blutbefund durchaus von jenen unterscheiden und nach der Vermuthung des Verf. selbst wahrscheinlich eine modificirte Form des Rückfallstyphus darstelle. Allerdings zeigt auch diese Beobachtung wiederum — in vollem Einklang mit dem vom Ref. eingenommenen Standpunkt —, dass das Bild des fieberhaften Ikterus und eine Summe anderweitiger mit ihm oftmals zusammen vorkommender Krankheitserscheinungen sich auf der Basis sehr verschiedener Allgemeininfektionen entwickeln kann. In Stolac kommen außer dem in jedem Sommer daselbst grassirenden Abdominaltyphus in Folge der Nähe der Niederung des Narentaflusses, so wie großer Sümpfe, zahlreiche Malariafälle vor. Überdies ist die Bevölkerung durch Armuth und schlechte Ernährung, gänzliche Verwahrlosung und Mangel jeglicher hygienischer Einrichtungen ausgezeichnet. Dass unter solchen Umständen hier, wie in der übrigen Herzegowina und in man-

chen Bezirken Bosniens auch der Recurrenstyphus in den letzten 2 Jahren »mit erschreckender Häufigkeit« herrscht, kann nicht Wunder nehmen.

Sämmtliche fünf von K. beobachtete Pat. erkrankten ganz plötzlich mit heftigem Schüttelfrost und jäh ansteigendem Fieber (über 40° C.); dazu gesellte sich alsbald Schwellung der Milz, Schmerzhaftigkeit und Vergrößerung der Leber, endlich mehr oder weniger starke Albuminurie. Sie hatten sämmtlich in demselben Jahre, zum Theil wenige Wochen vor der Erkrankung, an Intermittens gelitten. Nachdem die Temperatur 2—4 Tage sich auf nahezu unveränderter Höhe gehalten, fiel sie in 12—24 Stunden bis zur Norm oder unter dieselbe ab (typischer kritischer Abfall), worauf nach eben so lange währender Apyrexie unter denselben Symptomen und mit demselben Verlauf sich noch 1—2 Relapse einstellten. Vier der Fälle endeten mit Genesung, der fünfte verlief letal, doch konnte aus rituellen Gründen die Sektion nicht ausgeführt werden. Im Blute sämmtlicher Pat. fanden sich sowohl in den ungefärbten, wie in den mit Fuchsin tingirten Präparaten, namentlich zur Zeit der Fieberperioden, zahlreiche kurze Vibrionen, welche sich von den Obermeier'schen Spirochaeten dadurch unterschieden, dass sie sich meist nicht unter dem Bilde wirklicher Spirillen, sondern in der Form gekrümmter kommaartiger Stäbchen von 2—6 μ Länge präsentirten. Hier und da waren dieselben zu Scheinfäden an einander gereiht, die in diesem Falle mehrere (spirillenartige) Windungen darboten, aber eine Tendenz zum Zerfallen in die einzelnen Glieder aufwiesen. Die Dicke des Einzelindividuums betrug $^1/_6$ der Länge. Es zeigte eine träge Beweglichkeit, ohne dass nach der Löffler'schen Methode Geißelfäden an ihm nachgewiesen werden konnten. Die Färbung der betr. Organismen gelang im Übrigen mit allen gesättigten Anilinfarbstofflösungen, am raschesten in erwärmter Karbol-Fuchsinlösung, während durch die Behandlung nach Gram der Farbstoff ausgezogen wurde. Bei Zimmertemperatur erlosch im hängenden Tropfen die Bewegung nach $2^1/_2$ Stunden, bei 37° C. nach $1^1/_2$, bei 40° bereits nach 1 Stunde. Kulturversuche, so wie Impfungen misslangen. Von den gefärbten Präparaten wurden durch den Assistenten des hygienischen Institutes, Herrn Stabsarzt Dr. R. Pfeiffer, photographische Aufnahmen gemacht, welche der Arbeit beigefügt sind. Der Verf. lässt es unentschieden, ob die beobachteten Vibrionen als eine neue und bis jetzt nicht beobachtete Art aufzufassen seien oder ob dieselben nur Degenerationsformen der Obermeier'schen Spirillen darstellen. Im Gegensatz zu den letzteren wurden sie übrigens bei zweien der Pat. von ihm, wenn gleich in abnehmender Zahl, auch zur Zeit der Apyrexie im Blute konstatirt. **A. Fraenkel** (Berlin).

17. **J. Karlinski** (Stolac, Herzegowina). Zur Kenntnis der atypischen Typhusfälle.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 46—57.)

In der Herzegowina herrscht in den heißen Sommermonaten alljährlich eine Krankheit, die den Namen Gastro-Enteritis endemica oder auch »Hundskrankheit« führt. So verschiedenartig diese Krankheit auch auftritt, so lassen sich doch gewisse charakteristische Merkmale aufstellen, die das Bild der Krankheit zu veranschaulichen vermögen. Nach einem 2—5 Tage dauernden Prodromalstadium, wie Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Mattigkeit und Frösteln, steigt plötzlich ohne Schüttelfrost die Temperatur auf 39,5 und darüber; diese Temperaturerhöhung dauert 4—6 Tage, der vorher harte, sehr gespannte und frequente Puls wird langsamer, die Conjunctiva röthet sich, die Zunge wird stark belegt, das Abdomen wird schmerzhaft und der Stuhl bleibt retardirt; heftiger Schmerz im Hinterkopf nnd Delirien stellen sich ein. Am 4.—6. Tage plötzlicher Temperaturabfall unter profusem Schweiß, gleichzeitig tritt schmerzhafte andauernde Diarrhoe ein, Pat. ist sehr matt und erholt sich meist erst nach Verlauf von mehreren Wochen. Oft ist die Temperaturerhöhung nicht so bedeutend und nur 2 Tage dauernd, oft stellen sich Blutungen aus Nase und Darm ein, oft klonische Krämpfe und Benommenheit, oft ist die Temperatursteigerung intermittirend, oft auch wird die ganze Krankheit ambulant überstanden. Einige genauer beigefügte Krankenge-

schichten illustriren diese Verhältnisse sehr gut. Ein einmaliges Befallensein schützt nicht vor Recidiven. Die Krankheit befällt am schwersten jüngere Personen, doch ist ein großer Unterschied in Hinsicht auf Alter und Geschlecht nicht wahrnehmbar. Interessant ist, dass fasst in 90% der Fälle durch die Anamnese kurz vorher überstandenes Wechselfieber nachgewiesen werden konnte. Dass diese Krankheit kein Morbus sui generis ist, wie vielfach angenommen wurde, erhellt aus den Obduktionen und bakteriologischen Untersuchungen, die Verf. bei Pat., die der Hundskrankheit erlagen, vornehmen konnte, so wie aus der bakteriologischen Untersuchung der Fäces, die wiederholt angestellt wurden. Aus diesen geht mit absoluter Sicherheit hervor, dass die in der Südherzegowina endemische Hundskrankheit nichts Anderes als ein in seinem Verlaufe protrahirter Abdominaltyphus ist.

Verf. macht dann noch sehr interessante Mittheilungen über die klimatischen und sanitären Verhältnisse in Stolac, welch letztere geradezu haarsträubend sind und die es begreiflich finden lassen, dass hier der Typhus endemisch ist. Die Ursache für dies gehäufte Auftreten der Typhusfälle ist nicht im Trinkwasser zu suchen, wenigstens gelang es nie, in diesem Typhusbacillen nachzuweisen, sondern sie liegt in den äußerst mangelhaft angelegten Senk- und Dünggruben, die die Krankheitserreger leicht durchtreten lassen, so dass sie aus dem stark verunreinigten porösen Boden, Dank der Unreinlichkeit der Bewohner, leicht in den menschlichen Organismus übergehen können. Seit der energischeren Handhabung der sanitären Vorschriften, seitdem auf Räumung dieser Gruben mehr gedrungen wird, hat auch die Zahl der Typhusfälle abgenommen.

Goldschmidt (Nürnberg).

18. **Rehn** (Frankfurt a/M.). Ein Fall von Skorbut bei einem Knaben von 15 Monaten mit ausgedehnter subperiostaler Blutung, Epiphysenlösung etc. Die sogenannte akute Rachitis.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 1.)

Das unter dem Namen der akuten Rachitis zuerst von deutschen Forschern beschriebene Krankheitsbild wurde durch die Beobachtungen englischer Ärzte, besonders Cheadle in London, dahin gedeutet, dass es sich in diesen Fällen um einen mit Rachitis komplicirten Skorbut handle, wobei die Rachitis nur das Nebensächliche wäre. Eine Bestätigung dieser Auffassung liefert die folgende Beobachtung des Verf.:

Ein 15monatlicher Knabe erkrankt vor ca. 7 Wochen mit starker Anämie, profusen Schweißen, skorbutischer Beschaffenheit des Zahnfleisches und hohem Fieber. Die Unterschenkel waren am stärksten befallen, die Tibien gegen die obere Epiphysengrenze hin verdickt, die Weichtheile darüber ödematös. Die übrigen Röhrenknochen zeigten auch theilweise Verdickungen gegen die Epiphysen zu, die Gelenke waren normal. Das Zahnfleisch war stark geschwellt, hämorrhagisch gefärbt. Zur Sicherstellung der Diagnose »akute Rachitis« wurde eine Probeincision entlang der am schwersten erkrankten rechten Tibia gemacht und es fand sich dabei neben Zellgewebshämorrhagien eine vollständige Ablösung des Periost von dem Knochen durch locker geronnenen schwärzlichen Bluterguss. Das Periost verdickt, sulzig infiltrirt, an der Innenfläche hämorrhagisch verfärbt; der Knochen bläulich-weiß. Die obere Epiphyse war gelöst, deren der Diaphyse zugekehrte Fläche hämorrhagisch infiltrirt. **Goldschmidt** (Nürnberg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 24. **Sonnabend, den 14. Juni.** **1890.**

Inhalt: **H. Hamburger,** Über die Wirkung des Magensaftes auf pathogene Bakterien. (Original-Mittheilung.)

1. **Adamkiewicz,** Nervenkörperchen. — 2. **Heinricius,** Einfluss der Bauchfüllung auf Cirkulation und Respiration. — 3. **Kraus,** Blutalkalescenz und Blutkörperchenzerfall. — 4. **Tchistovitch,** Phagocytose. — 5. **v. Kurlow,** Milz und Mikroorganismen. — 6. **Reimers,** Gehalt des Bodens an Bakterien.

7. **Decker,** 8. **Ewald,** 9. **Ferrannini,** 10. **Pal,** Diagnostischer Werth des Salol bei Magenerkrankungen. — 11. **Gräser,** 12. **Wright,** 13. **Dück,** 14. **Elwert,** 15. **Bergmeister,** 16. **Fuchs,** 17. **Hirschberger,** 18. **Kräpelin,** Influenza. — 19. **Leo,** Cystinurie. — 20. **Küssner,** Hydropische Anschwellungen unklaren Ursprunges. — 21. **Cortella,** Pleuritis. — 22. **Demme,** Tympanitis. — 23. **Böttiger,** Chronische progressive Augenmuskellähmung. — 24. **Reinhold,** Progressive Bulbärparalyse. — 25. **Cervesato,** Innerer Gebrauch von Jodol.

(Aus dem Laboratorium der medicinischen Klinik zu Breslau.)

Über die Wirkung des Magensaftes auf pathogene Bakterien.

Von

Dr. Hermann Hamburger,
prakt. Arzt.

Die desinficirende Wirkung des Magensaftes ist schon vor mehr als 100 Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung gewesen. Spallanzani[1] kam durch eine Reihe sinnreicher Experimente zu dem Schlusse, »dass die Magensäfte antiseptischer Natur sind«.

Ein neues Interesse erhielt diese Frage durch die bakteriologischen Entdeckungen der letzten Jahre; und so ist denn in der That

[1] Spallanzani, Versuche über das Verdauungsgeschäft des Menschen. Übersetzt von Michaelis. Leipzig, 1785.

durch eine Reihe von neueren Arbeiten (Koch, Falk, Frank, Wesener, Miller, Macfadyen, Strauss und Wurtz, Kurloff und Wagner, Kast u. A.[2]) die Wirkung des Magensaftes und speciell der Salzsäure auf pathogene Mikroorganismen näher studirt worden.

Ja man ist sogar so weit gegangen, diese antiseptische Wirkung als die Hauptfunktion des Magensaftes zu betrachten[3], nachdem die Entbehrlichkeit seiner verdauenden Funktion sowohl durch das Thierexperiment (Czerny und Kaiser, Ludwig und Ogata[4]), als auch durch die klinische Erfahrung festgestellt worden ist. In letzterer Hinsicht sind besonders v. Noorden's[5] exakte Ausnutzungsversuche bei Personen, deren Magensaft keine oder nur minimale Mengen Salzsäure enthielt, beweiskräftig.

Eine systematische Untersuchung des Verhaltens verschiedener Säuren (und Alkalien) gegenüber den Typhus- und Cholerabacillen hat Kitasato[6] in Koch's Laboratorium vorgenommen. Er fand für Typhusbacillen bei 0,1% HCl Wachsthum, bei 0,132 bis 0,158% HCl Wachsthumshemmung, von 0,185% an Abtödtung; für Cholerabacillen bis 0,052% HCl spärliches Wachsthum, bis 0,08% Wachsthumshemmung, von 0,1% an Abtödtung. Durch Milchsäure wurden Typhusbacillen erst von 0,4%, Cholerabacillen von 0,27% an getödtet.

Indessen ist ein Umstand bei allen diesen Versuchen bisher fast ganz unberücksichtigt geblieben.

Durch zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre ist erwiesen, dass die im Mageninhalt vorhandene HCl nur zum Theil frei, zum Theil — in manchen Fällen sogar ganz — durch verschiedene Bestandtheile des Mageninhaltes »gebunden« ist. Die Salzsäure geht nämlich mit diesen Bestandtheilen Verbindungen ein, welche, mit Lackmuspapier geprüft, saure Reaktion zeigen und in welchen die Säure durch NaOH zu titriren ist. Aber durch diese Verbindung verliert die Salzsäure offenbar einen Theil ihrer chemischen Wirksamkeit. Sie vermag nicht mehr gewisse Farbenreaktionen zu geben

---

[2] Koch, Mittheilung. a. d. kaiserl. Gesundheitsamt 1881 und 1884. — Falk, Virchow's Archiv Bd. XCIII, 1883. — Frank, Deutsche med. Wochenschrift 1884, No. 20. — Wesener, Fütterungstuberkulose. Freiburg, 1885. — Miller, Deutsche med. Wochenschr. 1885, No. 49, 1886, No. 8. — Macfadyen, Journ. of anat. and physiol. Vol. XXI, 1887. — Strauss et Wurtz, Arch. de méd. expérim. etc. Jahrg. I. No. 3, 1889. — Kurloff und Wagner, Wratsch 1889, No. 42 und 43. — Kast, Festschr. zur Eröffnung des neuen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorff 1889. — Eine ausführliche Besprechung der genannten und anderer einschlägiger Arbeiten findet sich in meiner Inauguraldissertation: Über die Wirkung des Magensaftes auf pathogene Bakterien, Breslau 1890, aus welcher das oben Stehende ein Auszug ist.

[3] Runge, Lehrbuch der physiol und pathol. Chemie 1887.

[4] F. F. Kaiser, Czerny's Beiträge z. operat. Chirurgie 1878. — Ogata, Du Bois' Archiv 1883.

[5] v. Noorden, Zeitschr. für klin. Med. Bd. XVII. 1890.

[6] Kitasato, Zeitschr. für Hygiene Bd. III.

(mit Methylviolett, Tropäolin, Congopapier, Phloroglucinvanillin etc.) und auch andere chemische Umsetzungen, z. B. die Invertirung des Rohrzuckers[7] vermag sie nur noch mit verminderter Energie zu vollziehen. Eben so büßt sie die Fähigkeit, bei Gegenwart von Pepsin Eiweiß zu verdauen, ein. Von Substanzen, die diese Fähigkeit, Salzsäure zu »binden«, haben, findet sich eine große Zahl im Magensaft. Die wichtigsten sind die Eiweißkörper und deren Derivate, Albumosen und Peptone, ferner verschiedene Salze, z. B. das Kochsalz und die sauren Phosphate, dann das Leucin und verschiedene organische Basen, so wie auch die Stoffwechselprodukte von Bakterien. Alle diese Körper verhindern den Eintritt jener Reaktionen nur so lange, als der Procentgehalt der Salzsäure gewisse, für die einzelnen Körper und für die verschiedenen Reaktionen verschiedene Werthe nicht übersteigt[8].

Diese verminderte chemische Wirksamkeit der »gebundenen« Salzsäure legt von vorn herein den Gedanken nahe, dass auch ihre Wirksamkeit den Bakterien gegenüber eine schwächere sein werde. Und die klinische Erfahrung lehrt, dass in der That in solchen Magensäften, in denen keine freie Salzsäure nachweisbar ist, sich häufig massenhaft Bakterien vorfinden, welche die verschiedenartigen Gährungen, die in solchen Magensäften auftreten, hervorrufen[9].

Eine experimentelle Prüfung dieser Frage ist in neuester Zeit von Cohn[10] in Angriff genommen worden. Derselbe stellte durch chemische Analyse fest, dass die an Peptone »gebundene« Salzsäure weit weniger als die freie, resp. unter gewissen Umständen gar nicht mehr im Stande ist, die Milchsäure- und Essigsäuregährung zu verhindern.

Es erschien nun wünschenswerth, derartige vergleichende Versuche über die Wirkung freier und »gebundener« Salzsäure auch mit pathogenen Mikroorganismen anzustellen. Wenn in der That, wie kaum anders zu erwarten war, sich hierbei Unterschiede herausstellten, so musste dieser Umstand bei den Versuchen über die Desinfektion durch Säuren in Betracht gezogen werden. Die meisten dieser Versuche wurden so angestellt, dass zu Bouillon oder Nährgelatine bestimmte Mengen von Säuren zugesetzt wurden und diese Mischung dann mit den betreffenden pathogenen Mikroorganismen geimpft wurde. Nun enthalten aber Bouillon und Nährgelatine in reichem Maße Substanzen, die geeignet sind, HCl zu »binden«. Wir mussten daher von vorn herein erwarten, dass sich ganz andere Re-

---

[7] Szabo, Zeitschr. f. physiol. Chemie Bd. I.

[8] Siehe Ewald, Zeitschrift für klin. Medicin Bd. I. — van der Velden, Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXVII, 1880. — Cahn, Kongress für innere Medicin 1887. — Moritz, Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. — Ewald, Lehrbuch der Verdauungskrankheit. 2. Aufl. 1889. — Klemperer, Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIV u. a. m.

[9] Vgl. Minkowski, Mittheil. a. d. Königsberger Klinik. 1888.

[10] Felix O. Cohn, Zeitschr. für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 1. 1889.

sultate bei der Einwirkung wässriger Salzsäurelösungen ergeben würden, als bei denjenigen von Lösungen in Bouillon oder Gelatine; und ferner musste dann auch die desinficirende Wirkung des Magensaftes abhängen nicht allein von seinem absoluten Säuregehalt, sondern auch von seinem Gehalt an säurebindenden Substanzen.

Es erschien uns ferner von Interesse, auch mit Milchsäure Versuche anzustellen, weil diese in allen den Fällen, in denen der HCl-Gehalt im Magensaft vermindert ist, in vermehrtem Maße auftritt, und weil daher die Frage entsteht, ob sie in den für den Mageninhalt in Betracht kommenden Koncentrationen im Stande ist, die hauptsächlichsten pathogenen Bakterien abzutödten. Ich stellte daher auf Anregung von Herrn Dr. Stern, Assistenzarzt an der med. Klinik, eine Reihe von Versuchen an, die diese Verhältnisse klar stellen sollten; und zwar untersuchte ich zunächst die Einwirkung von freien und durch Peptone »gebundenen« Säuren, sodann die Einwirkung des menschlichen Magensaftes auf pathogene Bakterien.

I. Versuche über die desinficirende Wirkung freier und durch Peptone „gebundener" Säuren.

Versuchsanordnung[11].

Von entsprechend verdünnten Lösungen von Salzsäure und Gährungs-Milchsäure wurden je 100 ccm ohne Zusatz von Pepton gelassen oder mit 1 resp. 2 g Pepton vermischt. Verwendet wurde das Witte'sche Pepton. Dasselbe ist, wie bekannt, nur zum kleinen Theil wirklich Pepton, besteht vielmehr hauptsächlich aus Albumosen[12], doch erschien es uns desshalb für unsere Versuche um so geeigneter, weil so unsere Mischungen dem wirklichen Magensaft, der ja auch stets ein Gemenge von Albumosen und Pepton enthält, noch ähnlicher wurden.

Die in der eben beschriebenen Weise hergestellten Lösungen wurden vor dem Gebrauch in strömendem Wasserdampf sterilisirt und alsdann mittels sterilisirter Pipetten zu je 1 ccm in sterilisirte Reagensgläschen abgefüllt. In diese Gläschen wurden je 3 Platinösen einer mit 0,6%iger Kochsalzlösung hergestellten feinen Aufschwemmung der betreffenden Bakterienreinkultur geimpft. Bei den Versuchen mit sporenhaltigen Milzbrandbacillen kamen auch mit Milzbrandsporen imprägnirte Seidenfäden[13] zur Verwendung.

Die geimpften Röhrchen wurden in den Thermostaten (37,5°) gestellt und nach verschieden langer Zeit zum Abimpfen herausgenommen. Um die Verhältnisse, wie sie im Magen sind, möglichst nachzuahmen, wurde die Einwirkung nach folgenden Zeiten festgestellt: Frühestens nach 20—30 Minuten, weil um diese Zeit der Übertritt von Speisen ins Duodenum beginnt, spätestens nach 6 Stunden, weil um diese Zeit der normale Magen auch nach reichlichen Mahlzeiten leer zu sein pflegt; dazwischen wurde eine dritte, mittlere Entnahme nach 2—2½ Stunden vorgenommen. Jedes Mal wurden von den geimpften Röhrchen je 3 Platinösen in ein Glas verflüssigter, schwach alkalisch reagirender Nährgelatine gebracht und die

---

[11] Einige hier nicht mitgetheilte Einzelheiten in der Versuchsanordnung siehe in meiner oben erwähnten Inaugural-Dissertation p. 32 ff. Mit Pepsin haben wir keine Versuche angestellt, weil uns die Unwirksamkeit desselben gegenüber pathogenen Bakterien durch frühere Arbeiten (l. c.) genügend erwiesen schien.

[12] Vgl. Kühne und Chittenden, Zeitschrift f. Biologie Bd. XX.

[13] Die Resistenz dieser Fäden war nicht sehr beträchtlich. In strömendem Wasserdampf waren die Sporen nach 2 Minuten noch lebensfähig, nach 3 Minuten abgetödtet.

Gläser dann nach dem Esmarch'schen Verfahren ausgerollt. Bei allen Versuchen wurde eine Reihe Kontrollröhrchen (statt Säure 0,6%ige Kochsalzlösung) hergestellt.

Die Röhrchen blieben bei Zimmertemperatur stehen und wurden nach 3 bis 4 Tagen ausgezählt. Bei reichlichem Wachsthum geschah dies natürlich nur schätzungsweise. 3 Tage später wurden alle Röhrchen auf nachträgliches Wachsthum hin noch einmal kontrollirt.

Unsere Untersuchungen erstreckten sich auf folgende pathogene Bakterien. Typhus abdom., Cholera asiat., Milzbrand (sporenfrei und sporenhaltig), Staphylococcus pyog. alb. und aureus.

Zunächst mögen hier 2 Tabellen Platz finden, die das Verhalten der verwandten Lösungen Farbstoffreaktionen gegenüber anzeigen. Die HCl-Lösungen wurden mit Congopapier und Phloroglucinvanillin, die Milchsäurelösungen mit Congopapier geprüft.

\+ bedeutet Reaktion, 0 Ausbleiben derselben.

A. Salzsäure.

	Ohne Pepton	Mit 1% Pepton	Mit 2% Pepton
0,05% HCl	+	0	0
0,075% HCl	+	+	0
0,1% HCl	+	+	+

B. (Gährungs-) Milchsäure.

	Ohne Pepton	Mit 1% Pepton	Mit 2% Pepton
0,1% Milchs.	0	0	0
0,25% »	+	0	0
0,5% »	+	+	0
1,0% »	+	+	+

Versuche mit Cholerabacillen.

Bei den Versuchen mit Salzsäure in Koncentrationen von 0,01% und darüber wurden bei den Lösungen ohne Peptonzusatz und bei denen mit 1% Pepton bereits nach $^1/_2$ Stunde alle Cholerabacillen getödtet, bei Zusatz von 2% Pepton war bei einer $^1/_2$stündigen Einwirkung noch bis 0,0375% HCl Wachsthum, erst von 0,04% an fand Abtödtung statt.

Bei den Versuchen mit Milchsäure ergab sich, dass bis zu 0,045% herab, selbst bei Zusatz von 2% Pepton, kein Wachsthum mehr eintrat.

In den Fällen, in denen bei HCl + 2% Pepton Wachsthum eintrat, war doch stets eine mehr oder weniger starke Wachsthumsverminderung wahrzunehmen. Denn während die Kontrollröhrchen stets unzählige Kolonien aufwiesen, zeigten die Röhrchen mit HCl + Pepton nur 2000, 1500, ja selbst unter 1000 Kolonien.

Es zeigt sich eben hierbei, was die folgenden Versuche noch bestätigen werden und frühere Desinfektionsversuche bereits bewiesen haben, dass man bei allen Desinfektionsversuchen auch mit einer Verschiedenheit der Resistenzfähigkeit der einzelnen Individuen in ein und derselben Kultur zu rechnen hat, dass einige Mikroorganismen sehr viel rascher getödtet werden als andere derselben Kultur.

Versuche mit Typhusbacillen.

a) Mit Salzsäure.

		½ Stunde	2 Stunden	6 Stunden
0,0375% HCl	0 Pepton	0	0	0
	+1% »	1200	800	50
	+2% »	1500	1509	1500
0,05% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	1000	500	30
	+2% »	1500	1500	1000
0,075% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	200	10	0
	+1% »	1500	500	30
0,1% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	0	0	0
	+2% »	1500	100	50
0,15% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	0	0	0
	+2% »	30	0	0
0,2% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	0	0	0
	+2% »	0	0	0
Kontrollröhrchen		5000		

b) Mit Milchsäure.

		½ Stunde	2 Stunden	6 Stunden
0,1% Milchsäure	0 Pepton	1750	0	0
	+1% »	3000	28	0
	+2% »	3000	1750	1000
0,125% Milchsäure	0 »	500	0	0
	+1% »	3000	300	0
	+2% »	4000	3000	0
0,25% Milchsäure	0 »	0	0	0
	+1% »	200	0	0
	+2% »	2000	200	0
Kontrollröhrchen		unzählig	unzählig	unzählig

Das Resultat ist also folgendes: Typhusbacillen sterben in reiner HCl schon bei 0,0375% ab, bleiben aber bei Zusatz von 2% Pepton noch bis zu 0,15% HCl lebensfähig. In reiner Milchsäure findet noch bis zu 0,125% wenigstens bei ½stündiger Einwirkung keine völlige Vernichtung statt. Zusatz von Pepton wirkt auch bei ihr als starkes Hemmungsmittel der desinficirenden Kraft.

Es ist an der zuerst mitgetheilten Tabelle interessant zu beobachten, wie das Eintreten der Farbenreaktion (siehe unsere oben mitgetheilte Tabelle) fast genau übereinstimmt mit der Grenze des

Wachsthums der Bacillen. Ferner geht wiederum aus den Tabellen hervor, dass überall gegenüber den Kontrollröhrchen eine starke Verminderung eingetreten ist.

Versuche mit Milzbrandbacillen.

α) Mit sporenfreien Bacillen.

Die Milz von eben an Milzbrand verendeten Mäusen wurde zu einer Aufschwemmung verwandt und von dieser nach der gewöhnlichen Weise abgeimpft. Es zeigte sich, dass 0,1% und 0,2% HCl auch bei Zusatz von 2% Pepton Milzbrandbacillen (nach 1 und nach 3 Stunden) völlig abtödtete.

β) Versuche mit sporenhaltigen Milzbrandbacillen[14].

		½ Stunde	2 Stunden	6 Stunden
0,1 HCl	0 Pepton	300	200	50
	+1% »	500	300	150
	+2% »	800	500	500
0,2 HCl	0 »	300	100	18
	+1% »	500	150	20
	+2% »	500	100	20
Kontrollröhrchen		1000	500	500

Wenn auch bei diesen Versuchen eine vollständige Abtödtung nicht eintrat, so ist doch eine theilweise Vernichtung durch die Einwirkung der Salzsäure nicht zu verkennen; und zwar wirkt auch hier dieselbe um so stärker, je weniger Pepton in der Lösung vorhanden ist.

Bei höheren Säurekoncentrationen wurde mit Milzbrandfäden gearbeitet und es zeigte sich, dass die Milzbrandsporen noch 2% HCl wenigstens 2 Stunden lang vertragen können und erst nach 6 Stunden abgetödtet werden, und dass sie durch Milchsäure bis 2% selbst nach 6 Stunden noch nicht absterben. Selbstverständlich macht es bei derartigen Koncentrationen keinen Unterschied, ob man 1 oder 2% Pepton zusetzt, da diese Menge Pepton nur einen sehr geringen, nicht in Betracht kommenden Theil der vorhandenen HCl zu »binden« im Stande ist.

Jedenfalls zeigte es sich, dass die Milzbrandsporen noch Säurekoncentrationen vertragen, wie sie im menschlichen Magensaft nicht vorkommen.

---

[14] Aufschwemmungen von Agar-Agarkulturen, die mehrere Tage bei 37° gezüchtet waren.

Versuche mit Staphylococcus pyogenes albus.

		½ Stund	2 Stunden	6 Stunden
0,01% HCl	0 Pepton	0	0	0
	+1% »	1500	600	600
	+2% »	2500	1000	1200
0,02% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	1000	40	0
	+1% »	1500	1000	500
0,04% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	1500	0	0
	+2% »	4000	2500	300
0,1% HCl	0 »	0	0	0
	+1% »	0	0	0
	+2% »	2000	7	0
Kontrollröhrchen		6000	6000	10000

Es zeigt sich also, dass der Staphylococcus pyog. albus gegen reine HCl eben so wie Cholerabacillen äußerst empfindlich ist, da er schon von 0,1% HCl getödtet wird. Bei Zusatz von 2% Pepton verträgt er allerdings bis 0,1% HCl, wenigstens für kürzere Zeit.

Auch für Staphylococcus pyog. aureus zeigte es sich, dass bei Zusatz von 2% Pepton bis 0,1% HCl noch Wachsthum eintrat.

Das Gesammtresultat der vorstehenden Versuche ist im Wesentlichen folgendes:

Reine Salzsäure und in etwas geringerem Grade reine Milchsäure vermögen die Bacillen des Typhus, der Cholera, des Milzbrand, so wie die verschiedenen Staphylokokkenarten bereits in sehr geringen Koncentrationen absolut sicher zu vernichten: nur die Milzbrandsporen erweisen sich, wie bekannt[15], als sehr resistent, selbst Säurekoncentrationen von 1—2% gegenüber.

Dagegen zeigt es sich, dass eine wesentliche Abschwächung der desinficirenden Kraft der Säure eintritt, sobald ihr 1—2% Pepton zugesetzt werden. Freilich nur so weit, als das Pepton in genügender Menge vorhanden ist, um die gesammte Säure oder wenigstens den Haupttheil derselben zu »binden«, d. h. für Farbstoffreaktionen nicht mehr nachweisbar zu machen.

Auffallend musste es erscheinen, dass wir zu so wesentlich anderen Resultaten kamen als frühere Autoren, z. B. Kitasato. Um uns nun zu vergewissern, dass dies nicht etwa auf einer geringeren Resistenzfähigkeit unserer Reinkulturen beruhe, sondern lediglich in der Verschiedenheit der Versuchsanordnung seinen Grund habe, stellten wir mit unseren Reinkulturen Versuche genau nach Kitasato's Methode an und erhielten dabei fast genau die gleichen Resultate wie Kitasato[16].

Die Verschiedenheit der Resultate hatte folgende bereits oben erwähnte Ursache:

[15] Vgl. Koch, Mittheil. a. d. kaiserl. Gesundheitsamt 1881. Bd. I.

[16] Näheres siehe in meiner Inauguraldissertation p. 43 f.

Kitasato u. A. stellten ihre Versuche immer so an, dass sie HCl in geringen Mengen zu einer bestimmten Menge Bouillon oder Nährgelatine zusetzten. Dabei ließen sie aber völlig außer Acht, dass diesen Nährböden die Fähigkeit innewohnt, HCl zu »binden« und so die desinficirende Kraft derselben zu schwächen oder aufzuheben. Und zwar ist die Fähigkeit dieser Substanzen, HCl zu »binden«, ungleich größer als die einer 1—2%igen Peptonlösung.

Um dies zu veranschaulichen, stellten wir verschiedene genau neutralisirte Lösungen der verschiedenen Medien her und setzten ihnen so lange Normal-HCl oder $^1/_{10}$ Normal-HCl zu, bis die Congopapierreaktion eintrat. Das Ergebnis war für je 20 ccm der untersuchten Lösung folgendes:

Untersuchte Substanz (je 20 ccm)	Eintritt der Congopapierreaktion nach Zusatz von		
	Normal-HCl	$^1/_{10}$ Normal-HCl	Reine Salzsäure in Proc.
destillirtes Wassser . .	—	0,2 ccm	0,0036
1%ige Kochsalzlösung .	—	0,3 »	0,0054
2%ige » .	—	0,5 »	0,0091
1% Pepton (von Witte)	—	2,8 »	0,0509
2% » » » .	—	5,3 »	0,0964
1% » (von Gehe) .	—	3,1 »	0,055
2% » » » .	—	6,4 »	0,116
Bouillon	1,0 ccm	—	0,182
Gelatine ($7^1/_2$%) . . .	1,2 »	—	0,218
Nährgelatine	1,7 »	—	0,307
Bouillon + $7^1/_2$% Gelatine	1,7 »	—	0,307

Wir sehen also, dass Nährgelatine etwa 3mal so stark und Bouillon etwa 2mal so stark HCl »binden« wie eine 2%ige Peptonlösung. Kein Wunder also, wenn Kitasato u. A. bei ihrer Versuchsanordnung fanden, dass noch verhältnismäßig hohe Säurekonzentrationen Typhus- und Cholerabacillen nicht zu vernichten im Stande sind. Wir kommen somit zu dem Schlusse, dass man bei Desinfektionsversuchen mit Säuren nicht nur den absoluten Säuregehalt, sondern auch den Gehalt des angewandten Nährmediums an säurebindenden Substanzen berücksichtigen muss.

II. Versuche mit menschlichem Mageninhalt.

Die zu unseren Versuchen benutzten Magensäfte wurden so gewonnen, dass verschiedenen Pat. der medicinischen Klinik ein Ewald'sches Probefrühstück (eine halbe Semmel und $^1/_3$ Liter Wasser) verabfolgt und ihnen eine Stunde später der Magen ausgehebert wurde. Der so gewonnene Magensaft wurde, um zu verhüten, dass außer den etwa schon in ihm enthaltenen noch andere Bakterien hinzukämen, durch sterilisirte Filter in sterilisirte Reagensgläschen abfiltrirt. Er wurde alsdann in Portionen von je 1 oder $^1/_2$ ccm abgefüllt und in der beim künstlichen Magensaft angegebenen Weise mit den verschiedenen Bakterien (Typhus, Cholera, Milzbrand) geimpft. Je 10 ccm wurden zur Bestimmung der Säure verwandt. Hierbei wurde nicht bloß Werth darauf gelegt, die Gesammtacidität des Magensaftes durch Titriren zu bestimmen, sondern es wurde auch festgestellt, wie viel

freie (durch Farbenreaktion nachweisbare) und wie viel »gebundene« Säure vorhanden war.

Titrirt wurde mit $^1/_{10}$ Normal-NaOH. (Indikator: Lackmuspapier.) Denjenigen Magensäften, welche keine Farbenreaktion[17] auf freie Säure gaben, wurde so viel $^1/_{10}$ Normalsalzsäure zugesetzt, bis dieselbe eintrat, um dadurch festzustellen, wie groß die Menge der »säurebindenden« Substanzen war.

Im Folgenden soll ein Theil der Versuchsergebnisse in Tabellenform mitgetheilt werden:

A. Magensäfte mit freier Säure.

Berechnet für je 10 ccm Magensaft.

Diagnose	Neutralisirt durch $^1/_{10}$ Normal-NaOH	Gesammtacidität berechnet in HCl-Proc.	Verschwinden der Congoreaktion nach $^1/_{10}$ Normal-NaOH	Differenz zwischen Gesammtacidität und freier Säure, entsprechend $^1/_{10}$ Normal-NaOH	Differenz berechnet in HCl-Proc. (gebundene Säure)
Abgelaufene Pneumonie . .	10,0 ccm	0,365	8,5 ccm	1,5 ccm	0,054
Kephalalgie	7,2 »	0,162	5,4 »	1,8 »	0,065
Rheumatismus	5,3 »	0,192	3,5 »	1,8 »	0,065
derselbe Fall	4,75 »	0,173	0,6 »	4,1 »	0,149
Gelenkrheumatismus . . .	3,25 »	0,082	0,5 »	1,75 »	0,063
Rheumatismus	8,6 »	0,313	6,8 »	1,8 »	0,065

B. Magensäfte ohne freie Säure.

Berechnet für je 10 ccm Magensaft.

Diagnose	Neutralisirt durch $^1/_{10}$ Normal-NaOH	Gesammtacidität berechnet in HCl-Proc.	Auftreten der Congoreaktion nach Zusatz von $^1/_{10}$ Normal-HCl	Summe d. Gesammtacid. u. d. bis z. Auftr. d. Congo-R. zugef. Säure entspr. $^1/_{10}$ Normal-NaOH	Summe berechn. in HCl-Proc. (Maß f. d. Menge der säurebindenden Substanzen
Tabes	0,15 ccm	0,00547	2,4 ccm	2,55 ccm	0,083
Dilatatio ventric., Carcinoma pylori (?)	2,1 »	0,076	0,6 »	2,7 »	0,098
derselbe Fall	3,2 »	0,116	0,7 »	3,9 »	0,142
derselbe Fall	2,0 »	0,073	1,5 »	3,5 »	0,127
Dilatatio ventric.	1,5 »	0,0547	2,7 »	4,2 »	0,153
derselbe Fall	3,0 »	0,109	1,2 »	4,2 »	0,153
Carcinom. ventric.	0,4 »	0,0146	2,3 »	2,7 »	0,098
Carcinom. ventric.	0,3 »	0,0146	1,6 »	2,0 »	0,073

Die beiden letzten Rubriken beider Tabellen geben ein Maß der im Magensaft enthaltenen »säurebindenden« Substanzen. Das Bindungsvermögen des in der angegebenen Weise gewonnenen, normalen Mageninhaltes ist etwa eben so groß, wie das einer 1%igen Peptonlösung, zuweilen auch etwas größer. In pathologischen Magensäften (Carcinom, Dilatat. ventric.) ist die Menge der säurebindenden Substanzen stets relativ (im Verhältnis zu den vorhandenen Säuren) meist sogar auch absolut beträchtlich vermehrt.

Diejenigen Magensäfte, welche freie Säure enthielten, waren zunächst selbst fast immer völlig frei von Mikroorganismen; wurden sie mit den oben genannten Bakterienarten geimpft, so zeigte es sich, dass sie — in Übereinstimmung mit unseren Versuchen mit künstlichen Magensaftgemischen — Typhus- und Cholerabacillen absolut

[17] Bei diesen Versuchen wurde in erster Linie das Congopapier angewandt.

sicher vernichteten, den Milzbrandsporen gegenüber aber völlig machtlos waren.

Bei den keine freie Säure enthaltenden, aber sauer reagirenden Magensäften war das Verhalten ein verschiedenes. Mitunter enthielten sie so viele und zum Theil die Gelatine so schnell verflüssigende Mikroorganismen, dass das Wachsthum der in sie geimpften Bakterien nicht sicher beobachtet werden konnte.

In Fällen, wo wenig Mikroorganismen vorhanden waren, konnte bei Fehlen von freier Säure und bei überhaupt schwach saurer Reaktion das Wachsen von Typhus- und Cholerabacillen beobachtet werden; selbstverständlich wuchsen in diesen Fällen auch die Milzbrandsporen aus. Bei stärkerem Säuregehalt (0,1% ca.) aber blieb, auch wenn keine freie Säure vorhanden war, das Wachsthum von Typhus- und Cholerabacillen aus. Es ist eben nicht bloß die freie Salzsäure im Stande Bakterien zu tödten, sondern auch die an Peptone etc. »gebundene« kann bakterientödtend wirken. Abgesehen von unseren oben mitgetheilten Versuchen mit künstlichem Magensaft wird dies auch durch folgenden Versuch bewiesen: Von einem Magensaft, der selbst frei von Mikroorganismen war und schwache Congoreaktion gab, wurde ein Theil mit so viel $^1/_{10}$ Normal-NaOH versetzt, bis diese Reaktion ausblieb (0,8 auf 10 ccm), ein anderer Theil völlig neutralisirt (3,6 auf 10 ccm) und die verschiedenen Flüssigkeiten mit Cholera- und Typhusbacillen geimpft. Es ergab sich, dass in demjenigen Magensaft, der Congopapier nicht mehr bläute, aber noch sauer reagirte, eben so wie in dem unveränderten Magensaft die Bacillen völlig abgetödtet wurden, während sie in dem völlig neutralisirten reiches Wachsthum zeigten.

Noch von einem anderen Gesichtspunkt aus stellten wir eine Reihe Versuche mit menschlichem Magensaft an. Neuere Untersuchungen (v. Fodor, Nuttall, Nissen, Buchner[18]) haben gezeigt, dass gewisse thierische Körperflüssigkeiten (Blut, Humor aqueus, Liquor Pericardii etc.) mehreren pathogenen Bakterienarten, besonders Cholera-, Typhus- und Milzbrandbacillen gegenüber eine vernichtende Kraft innewohnt.

Auch dem menschlichen Blute, so wie den serösen Ex- und Transsudaten kommt nach den Untersuchungen von R. Stern, welche demnächst in der Zeitschrift f. klin. Medicin veröffentlicht werden sollen, diese Eigenschaft zu.

Um nun zu untersuchen, ob dies Verhalten auch bei Sekreten, speciell beim Magensaft eintrete, stellten wir folgende Versuche an:

Magensäfte, die frei von Mikroorganismen waren, wurden mit gleichfalls bakterienfreier Normal-NaOH neutralisirt. Von dieser neutralen Flüssigkeit wurden in eine Reihe von Reagensgläschen je 8 Tropfen abgefüllt und die Hälfte der Gläschen $^1/_2$ Stunde

[18] v. Fodor, Deutsche med. Wochenschrift 1887. — Nuttall, Zeitschrift f. Hygiene Bd. IV. 1888. — Nissen, Ibid. Bd. VI. 1889. — Buchner, Centralbl. f. Bakteriologie Bd. VI. 1889.

lang in einem Wasserbad auf 55° erwärmt. Es ist nämlich durch die Untersuchungen der oben erwähnten Autoren erwiesen, dass Blut etc., $^1/_2$ Stunde lang auf 55° erwärmt, seine bakterientödtende Eigenschaft verliert, und es war desshalb zu erwarten, dass, wenn der Magensaft dieselbe Eigenschaft besäße, sich zwischen dem Bakterienwachsthum in den erwärmten und dem in den nicht erwärmten Gläschen Unterschiede herausstellen würden.

Die erwärmten und die nicht erwärmten Portionen Magensaft wurden mit je einer Platinöse einer Aufschwemmung von Cholera und Typhusbacillen geimpft und nach verschieden langer Zeit (1—6 Stunden) mit Agar-Agar oder Nährgelatine zu Platten ausgegossen. Es zeigte sich keinerlei Unterschied im Wachsthum zwischen vorher erwärmtem und nicht erwärmtem Magensaft; überall wuchsen eben so viel (meist unzählige) Kolonien wie auf den Kontrollplatten (mit 0,6%iger Kochsalzlösung).

Es ist somit nicht anzunehmen, dass dem Magensaft an und für sich nach Neutralisirung seiner Säuren eine bakterientödtende Eigenschaft zukommt. Auch dem menschlichen Speichel fehlt nach Versuchen, die im Laboratorium der hiesigen Klinik angestellt worden sind, diese Eigenschaft.

Die Thatsache, dass eiweißarme Sekrete diese Eigenschaft nicht zeigen, spricht für die Ansicht von Buchner[19], dass die bakterientödtende Eigenschaft verschiedener thierischer Körperflüssigkeiten[20] auf der Wirkung der in ihnen enthaltenen Eiweißkörper beruhe.

Wir kommen durch die angeführten Versuche zu dem Schlusse, dass es nur der Säuregehalt des Magensaftes ist, der ihm seine desinficirende Kraft verleiht; dass aber allerdings diese Eigenschaft durch Säure bindende Substanzen, vor Allem durch die verschiedenen Eiweißkörper, abgeschwächt werden kann.

Demgemäß wird, während im Allgemeinen Typhus- und Cholerabacillen durch den Magensaft vernichtet werden, unter gewissen Umständen die Gefahr einer Infektion durch die genannten Bakterien in mehr oder weniger hohem Maße vorhanden sein. Einmal nämlich ist am Beginn der Verdauung, besonders nach Aufnahme eiweißreicher Nahrung, die secernirte Salzsäure gänzlich oder fast ganz von Peptonen etc. gebunden, und es ist sehr wohl möglich, dass zu der Zeit, wo der Übertritt der Speisen ins Duodenum beginnt (15 bis 30 Minuten nach der Mahlzeit), auch einzelne noch nicht abgetödtete Infektionserreger in den Darm gelangen. Dann aber sind besonders prädisponirend für eine Infektion allerhand gastrische Störungen, wo entweder der absolute Säuregehalt ein minimaler ist[21], oder bei nor-

---

[19] Buchner a. a. O.

[20] Auch der Milch scheint nach den Versuchen von Fokker (Fortschritte der Medicin 1890) diese Eigenschaft zuzukommen.

[21] Hierher gehören auch die Fälle, wo bei Personen ohne Verdauungsstörung im Magensaft freie Salzsäure nicht zu finden ist (vgl. Wolf und Ewald, Berliner klin. Wochenschrift 1887.

malem Säuregehalt in Folge abnormer Anhäufung von Speisen im Magen eine starke Störung des Verhältnisses der Salzsäure zu den Peptonen etc. eintritt. Freilich kann hierbei eine Art Kompensation dadurch eintreten, dass derartige Affektionen häufig mit motorischen Störungen des Magens verknüpft sind und die Speisen und mit ihnen die Infektionserreger abnorm lange im Magen verweilen. Wie wir aber oben gesehen haben, genügen bei sehr langer Einwirkung oft schon geringe Mengen von Säuren (auch von »gebundenen«), um die Bacillen des Typhus und der Cholera zu vernichten[22].

---

1. **A. Adamkiewicz.** Über das Verhalten der Nervenkörperchen im kranken Nerven.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. p. 628.)

Das Verhalten feiner Nervenkörperchen (spindelförmige, am Ende zugespitzte Zellen von halbmondförmigem Querschnitt, ovalem Kern in der Mitte und reichem Protoplasma an beiden Enden, welche zwischen Mark und Schwann'scher Scheide sitzend in allen markhaltigen Fasern des Menschen, namentlich der motorischen Nerven vom 20. Lebensjahre ab sich darstellen lassen, bei Thieren sich aber nicht finden) hat A. in den degenerirten Wurzeln eines Falles von Pachymeningitis hypertrophica untersucht und gefunden, dass dieselben in demselben Verhältnis zu Grunde gehen, als die Nervenfasern selbst schwinden. Die Nervenkörperchen schrumpfen immer mehr zusammen, lassen sich schlechter färben und imponiren schließlich nur noch als »braune Klümpchen«. Dieser Befund beweist nach A., »dass die Nervenkörperchen nicht nur physiologische Elemente der Markscheide sind, sondern auch als Elemente angesehen werden müssen, deren Lebensschicksale von denjenigen der Nervenfaser, speciell deren Markscheide abhängen. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

2. **G. Heinricius.** Über den Einfluss der Bauchfüllung auf Cirkulation und Respiration.

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXIV. N. F. Bd. VIII. p. 113.)

Die Frage nach den am Kreislaufs- und Athmungsapparate sich geltend machenden Folgen einer Vermehrung des Bauchhöhleninhaltes, wie sie z. B. bei der Schwangerschaft eintritt, hat H. durch Thierversuche zu beantworten versucht. Die Bauchfüllung wurde in der Weise vermehrt, dass (bei Kaninchen und Katzen) mittels einer mit einem Manometer verbundenen Doppelkanüle blutwarme 0,6%ige Kochsalzlösung in die Bauchhöhle eingefüllt wurde. Athmung und Blutdruck wurden graphisch verzeichnet.

---

[22] Nach Abschluss der vorstehenden Arbeit erschien im Archiv für Hygiene Bd. X, Hft. 3 eine Arbeit von Dr. Kabrhel, der mit Hilfe einer von der unseren etwas abweichenden Versuchsanordnung ebenfalls zu dem Resultate kam, »dass bei Gegenwart von Eiweißkörpern die Salzsäure ihre antiseptische Wirkung in einem beträchtlichen Maße verliert«.

Es ergab sich, dass die Bauchhöhle mit so großen Flüssigkeitsmengen gefüllt werden konnte, dass die Bauchdecken straff gespannt waren, ohne dass dadurch Puls oder Athmung wesentlich gestört wurde. Erst bei sehr bedeutender Anfüllung wird die Athmung in Folge der Heraufdrängung des Zwerchfells dyspnoisch (frequenter und tiefer); der Puls frequenter, dann größer, hierauf seltener und vor dem an Erstickung erfolgenden Tode gewöhnlich plötzlich kleiner. Der Blutdruck steigt erst, wenn die Pulse wesentlich seltener geworden sind, und nimmt schließlich ab, wenn die seltenen Pulse niedriger geworden sind. Beim Zustandekommen dieser Erscheinungen sind mechanische und nervöse Ursachen zugleich betheiligt.

Dem etwa 500 ccm betragenden Volumen der Baucheingeweide eines Kaninchens konnte etwa 1 Liter Flüssigkeit hinzugefügt werden, bevor die Spannung gefahrdrohend ward. ». . . . dieses zeigt, wie außerordentlich nachgiebig die Bauchdecken sind, so dass sie nicht allmählich gedehnt zu werden brauchen, wie man wohl bei der Schwangerschaft und den Bauchcysten annahm, um zu erklären, wesshalb kein Druckschaden sich geltend mache.« Der Flüssigkeitsdruck in der Bauchhöhle konnte bis auf 60 mm Hg gesteigert werden, ohne dass der Blutlauf in der Bauchhöhle aufgehoben wurde.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. **F. Kraus.** Über die Alkalescenz des Blutes und ihre Änderung durch Zerfall der rothen Blutkörperchen. (Aus dem pharmakologischen Institut der deutschen Universität in Prag.)

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. XXVI.)

Verf. hat bereits früher (s. d. Centralblatt 1889 No. 39) mittels einer von ihm ausgearbeiteten einwandsfreien Methode bei Gesunden und Kranken Alkalescenzbestimmungen des Blutes ausgeführt. In der vorliegenden Abhandlung ist dieselbe Methode ausführlich beschrieben; auf dieselbe kann hier nicht näher eingegangen werden und sei desshalb nur erwähnt, dass sie im Wesentlichen darin besteht, dass die Alkalescenz zunächst indirekt durch Bestimmung der Gesammtkohlensäure (mittels Wägung), so wie direkt durch ein titrimetrisches Verfahren in dem blutkörperchenfreien Serum bestimmt wird; außerdem bestimmt Verf. noch die Basenkapacität des Blutes (Acidität).

Diese Methode hat K. nun weiter in Anwendung gebracht bei Untersuchungen, welche die Frage zu entscheiden hatten, wie die bei Intoxikationen experimentell nachgewiesene Alkalescenzabnahme zu Stande kommt. Da von zahlreichen Giften, von denen es bekannt ist, dass sie nach Einverleibung in den Thierkörper die Blutalkalescenz herabzusetzen vermögen, feststeht, dass sie gleichzeitig gesteigerten Blutzerfall veranlassen und andererseits nachgewiesen ist, dass bei gewissen Veränderungen des Blutes, insbesondere bei Zer-

fall der rothen Blutkörperchen Abspaltung von Säure eintritt, so lag es nahe, einen kausalen Zusammenhang der durch die erwähnten Gifte erzeugten Alkalescenzabnahme und des Blutzerfalles anzunehmen.

Zur Stütze dieser Annahme hat Verf. eine weitere Reihe von Giften nach dieser Richtung hin untersucht, und zwar vornehmlich solche, deren Wirkung auf das Blut eine sehr rasche und ausgiebige ist, wie Arsenwasserstoff, Pyrogallol, Glycerin, Cholsäure und Äther; bei allen diesen Versuchen war deutliche Alkalescenzverminderung des Blutes zu konstatiren.

Bei der Erörterung der Frage, in wie fern der den oben angeführten Stoffen gemeinsame Effekt, nämlich der Zerfall der rothen Blutkörperchen zur Anhäufung von Säuren im Blute führen könne, fasst K. insbesondere die Möglichkeit ins Auge, dass die rothen Blutkörperchen saure Verbindungen in ausreichender Menge entweder an und für sich enthalten oder bei dem Zerfall frei werden lassen. Hierbei war zu denken an die Eiweißstoffe, an das Hämoglobin und an das Lecithin. Nach dieser Richtung angestellte Untersuchungen haben nur in Bezug auf das letztere positive Ergebnisse geliefert. Verf. bringt somit auf Grund seiner Versuche die durch Blutgifte erzeugte Blutsäuerung mit dem in Folge von Auflösung der Blutkörperchen bewirkten Übertritt des Lecithins in das Serum und dessen Zerfall in saure Produkte in Zusammenhang; er betrachtet es jedoch keineswegs als ausgeschlossen, dass Verminderung der Blutalkalescenz nach Einwirkung von Giften auch noch auf anderem Wege zu Stande kommen könne. **E. Schütz** (Prag).

---

4. **Tchistovitch.** Des phénomènes de phagocytose dans les poumons.

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 7.)

S. studirte unter Leitung Metschnikoff's die Phagocytose in den Lungen. Indem er in die Kaninchenlunge von der Trachea aus die Bacillen der Hühnercholera, des Milzbrandes oder des Schweinerothlaufes einführte, fand er, dass das Verhältnis der Leukocyten zu den Bakterien mit der Infektiosität der letzteren wechselt. In den pneumonischen Herden, welche sich jedes Mal bildeten, scharten sich bei Infektion mit der virulenten Hühnercholera die Bacillen um die Leukocyten, ohne jedoch gewöhnlich von ihnen aufgenommen zu werden; sie gingen unbehindert in den Blutkreislauf über. Hingegen waren bei der Infektion mit Milzbrand, für den das Kaninchen weniger empfänglich ist, die Bacillen in der Lunge degenerirt und von Leukocyten aufgenommen (vor oder nach dem Absterben? Ref.), während sich die im Blute kreisenden kräftig färbten. Schließlich waren bei Infektion mit Schweinerothlauf die Bacillen schon nach 4 Stunden nur noch vereinzelt und ausschließlich innerhalb der Leukocyten, besonders der Makrophagen aufzufinden.

Die Makrophagen der Lunge sind mit den sog. Staubzellen, großen epithelioiden, Pigment führenden Zellen, identisch, die man bisher meist für Lungenepithelien, seltener für veränderte Leukocyten gehalten hat. S. zeigt, dass weder in der Schwimmblase der Fische (die entwicklungsgeschichtlich der Lunge entspricht), noch in der Lunge des Frosches und des neugeborenen Meerschweinchens das Epithel Pigment aufnehmen kann und dass sich andererseits die allmähliche Umwandlung der Staubzellen aus mononukleären Leukocyten des Blutes verfolgen lässt. **H. Neumann** (Berlin).

---

5. **v. Kurlow.** Über die Bedeutung der Milz im Kampfe mit den ins Blut eingedrungenen Mikroorganismen.

(Archiv für Hygiene Bd. IX.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die Milz gegenüber ins Blut eingedrungenen Organismen als Hauptfiltrirapparat dient und ob sie, wie Metschnikow vermuthet, die Hauptstätte des gegen die Bakterien geführten Vernichtungskampfes darstellt, hat v. K. im bakteriologischen Laboratorium des Münchener hygienischen Instituts unter Emmerich's Leitung eine Reihe von Versuchen angestellt. Von Kaninchen eines Wurfes wurde der einen Hälfte die Milz exstirpirt, dann wurden nach Verlauf von 3 Wochen, später auch nach Verlauf von 10 Tagen, um den Einwurf einer inzwischen stattgefundenen vikariirenden Zunahme anderer Organe auszuschließen, parallele Infektionen ausgeführt. Es zeigte sich, dass bei Infektion mit Bacillus prodigiosus und mit Schweinerothlauf das Blut beim entmilzten Thier in der gleichen Zeit sich der Mikroorganismen entledigte, wie beim Kontrollthier; bei Impfung mit Milzbrand, Hühnercholera, Staphylococcus pyogenes aureus gingen die entmilzten Kaninchen bald früher, bald gleichzeitig, bald auch später als die anderen zu Grunde; das gleiche Resultat ergab sich bei Einimpfung von Bakterien, die für Kaninchen nur wenig pathogen sind, wie des Erysipelstreptococcus oder des Emmerich'schen Neapolitaner Bacillus. Neben der Milz und in gleicher Weise wie diese müssen also, schließt v. K., auch andere parenchymatöse Organe die im Blut cirkulirenden Mikroorganismen in sich ablagern, und sollte die Phagocytentheorie sich bestätigen, so würde auch hier der Milz keine ausschließliche Rolle zuzuweisen sein. **Strassmann** (Berlin).

---

6. **J. Reimers.** Über den Gehalt des Bodens an Bakterien. (Aus dem hygienischen Institut zu Jena.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 2.)

Die bakteriologischen Verhältnisse des Bodens sind für Berlin bekanntlich von C. Fränkel in voraussichtlich abschließender Weise bearbeitet worden. Auch nach der Fränkel'schen Arbeit beanspruchen die Untersuchungen von R. Interesse, weil sie an einem wesentlich anderen Material angestellt worden sind, nicht an dem sandigen

Boden der Mark, sondern an dem schweren kalk- und lehmhaltigen Jenas. Die Methode von R. war mit einigen durch diese Differenz nothwendigen Abweichungen im Wesentlichen die Fränkel's. Seine Ergebnisse fasst der Verf. dahin zusammen, dass die Keimzahl in den oberen Bodenschichten dort keine so große ist, über wenige Millionen auf den Kubikcentimeter nicht hinausgeht; sie bleibt bis zu einer gewissen Tiefe, wenn auch niedriger als an der Oberfläche, doch verhältnismäßig hoch; erst in einer Zone von 1—2 m Tiefe findet ein plötzlicher, starker Abfall statt. Die Höhe der tiefen Lage dieser Zone scheint hauptsächlich von der Bearbeitung und Benutzung des betreffenden Terrains abzuhängen; im bereits umgewühlten Boden liegt sie tiefer als im jungfräulichen. Für die Annahme ungünstiger Lebensbedingungen für die Bakterien in der Tiefe spricht auch die beobachtete Wachsthumsverlangsamung der entnommenen Proben mit zunehmender Tiefe. Vorangegangene Beerdigung in älterer (35 Jahre) wie jüngerer Zeit (1½ Jahre) hatte den Bakteriengehalt des Bodens nicht vermehrt. Das Grundwasser wurde bald bakterienfrei, bald bakterienhaltig gefunden.

Strassmann (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

7. **J. Decker.** Zur Frage des diagnostischen Werthes des Salol bei der motorischen Insufficienz des Magens.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 45.)

8. **C. A. Ewald.** Ein Wort zu vorstehender Mittheilung.

(Ibid.)

9. **A. Ferrannini.** Studi sperimentali sul valore della ricerca del salolo nella diagnosi delle gastropatie.

(Riforma med. 1889. No. 275 u. 276.)

10. **Pal.** Über die Verwerthung der Salolspaltung zu diagnostischen Zwecken.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 48.)

D. begründet, wie vor ihm Huber, den Gedanken, dass, will man die Salicylsäurereaktion im Harn nach der Darreichung von Salol zur Diagnose der motorischen Leistungsfähigkeit des Magens verwerthen, es weit weniger darauf ankommen kann, den ersten Eintritt der Salicylurreaktion zu fixiren, als vielmehr darauf, die Zeitdauer zwischen der Aufnahme des Salols und dem völligen Verschwinden seines urophanen Bestandtheiles aus dem Urin zu bestimmen.

Aus 78 Einzelversuchen an 22 Individuen findet er nun, dass

1) die Zeit des Eintrittes der Salicylsäurereaktion im Harn bei verschiedenen Individuen mit gesundem Magen zwischen 45 und 90 Minuten schwankt, dass diese Schwankungen sich auch bei demselben Individuum zeigen, indem z. B. an einem Tage die Reaktion 45, an einem anderen 60, 75, 90 Minuten auf sich warten lässt. Das Eintreten der Reaktion nach 90 Minuten konnte er nur einmal konstatiren und zwar bei einem Individuum, bei welchem die Reaktion in anderen Versuchen schon nach 60—75 Minuten eingetreten war.

2) Bei Magenkranken schwankte der Eintritt der Reaktion zwischen 45 und 75 Minuten, gleichviel ob es sich um einfache oder mit Hypersekretion kombinirte Dilatatio ventriculi handelte.

Dagegen wurde bezüglich der Dauer der Salicylurausscheidung Folgendes festgestellt:

3) Bei Leuten mit gesundem Magen dauerte die Ausscheidung 22—27 Stunden.

4) Bei Magenkranken (nachweisliche Dilatation) überdauerte sie regelmäßig 27 Stunden. Die Zeitdauer schwankte zwischen 29—35 Stunden. —

E. betont, dass die von Sievers und ihm angegebene Ausscheidungsfrist des Salols im Harn (45—75 Minuten) auch in Decker's Versuchen nur einmal überschritten wurde; meint demgemäß, dass Überschreitungen jener Frist als pathologisches Symptom ihren Werth behalten. (Man vermisst die Berücksichtigung der sub 2 von Decker zusammengefassten Erfahrungen.) —

Die Untersuchungen F.'s lehren, dass der Magen völlig unempfindlich bleiben kann gegenüber einem indifferenten Pulver in Grammdosen, wie es das Salol ist; eben so gegenüber einer keratinirten Jodkaliumpille, gegenüber 150 g reinen Olivenöls, gegenüber der Einfuhr von 1 Liter Wasser, gleichwohl energisch reagirt auf den physiologischen Reiz, welchen eine Mahlzeit setzt und zwar nicht nur reagirt mit seinem mechanischen Apparate, sondern vor Allem auch mit seinen biochemischen Hilfsmitteln. Als fundamentale Grundlage für die klinische Beurtheilung der Leistungsfähigkeit eines Magens hat seinen Ausführungen gemäß die Reaktionsgröße zu gelten, welche ein Leube-Riegel'sches Probemahl hervorruft und dieses allein kann insbesondere über die motorische Leistungsfähigkeit ausreichenden Aufschluss geben.

Der allgemeinen Anwendung der Salolprobe steht für das Thierexperiment zudem die folgende Thatsache im Wege:

1) Verschiedene Typen in der Thierreihe zeigen verschiedene Reaktion des Darminhaltes, zumal des Duodenalinhaltes, der bald neutral, bald sauer, bald alkalisch ist.

2) In derselben Thierklasse ist es vor Allem die Verschiedenheit der Verdauungsphase, welche die Art der Reaktion bedingt; von geringem Einfluss zeigt sich die Wahl der Nahrung nach den Kategorien der Amylaceen und Albuminate.

3) Saure Reaktion des Darminhaltes findet sich am häufigsten da, wo starke Salzsäurereaktion im Mageninhalt.

4) In der Klinik hat man dem künstlichen Verfahren von Ewald und Sievers, Klemperer, Dehio, Stintzing die natürliche Methode Leube-Riegel's vorzuziehen.

(Auffallend ist, dass Verf. alle Autoren in der Frage der »Probemahlzeit« namentlich anführt, nur den nicht erwähnt, welcher zuerst die »natürliche Methode« den individuellen Liebhabereien der Autoren gegenüber dargelegt und zu retten versucht hat. Auch im Stillschweigen lernen die Italiener von den Deutschen. Ref.)

G. Sticker (Köln).

Nach Rekapitulation der von Ewald und Sievers inaugurirten und dann von verschiedenen Anderen fortgesetzten Methode, durch Spaltung des Salols im Darmkanal Schlüsse auf die motorische Funktion des Magens zu ziehen, schildert P. die von ihm angestellten Versuche, die er in zwei Gruppen theilt: Die eine Gruppe bezieht sich auf die Verwerthbarkeit der Salolprobe zur Diagnose der Durchgängigkeit des Pylorus und die zweite enthält Beobachtungen über die Dauer der Salicylsäureausscheidung im Harn nach Salolgaben mit Beziehung dieser Dauer zur motorischen Funktion des Darmes.

Wenn man Salol in den Magen einführt und Salicylsäure im Harne nachweisen kann, so ist Mageninhalt in das Duodenum getreten. Sonach gestattet die Salolprobe ein Urtheil über die Durchgängigkeit des Pylorus. Dieses Faktum benutzte P. in zwei Fällen zur Feststellung einer Unregsamkeit des Pylorus, eine Diagnose, die beide Male durch die Autopsie bestätigt wurde.

Die in sehr ausführlicher Weise geschilderten Versuche des Verf. zur Klärung der zweiten Frage ergaben, dass die Salicylsäureausscheidung nach einer einmaligen Salolgabe bis zu einer gewissen Grenze abhängig ist vom zeitlichen Aufenthalt jener Chymusmassen im Darme, welche dem Salol als Vehikel dienen. Im weiteren Sinne besteht somit eine Beziehung zwischen der Dauer der Salicyl-

säureausscheidung im Harn nach einer Salolgabe und der jeweiligen motorischen Funktion des Darmes. **M. Cohn** (Berlin).

11. **Gräser.** Vorschläge zur Verhütung der Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 51.)

Davon ausgehend, dass gegen die Influenza Chinin von verschiedenen Seiten empfohlen ist und sich auch in hervorragender Weise bewährt hat und gestützt auf eigene Erfahrungen, die Verf. bei prophylaktischer Bekämpfung der Malaria in Ostasien gesammelt, macht er den für jetzt allerdings schon gegenstandslos gewordenen Vorschlag, bei den ersten Zeichen von Annäherung der Epidemie täglich oder jeden zweiten Tag ein bestimmtes Quantum Chinin zu verabreichen, besonders an Leute, welche in engen Räumen zusammenleben. Er hält eine tägliche Dosis von 0,5 g für ausreichend, am besten in alkoholischer Lösung.

Markwald (Gießen).

12. **W. F. Wright** (New York). A few cases of epidemic influenza presenting strange features.

(Med. record 1890. März 15.)

Als beachtenswerthe Erscheinungen im Verlaufe der Influenza wird zunächst eine bedrohliche Metrorrhagie bei einer unverheiratheten jungen Person beschrieben, welche zur Zeit der Temperaturerhöhung auftrat und in wenig Stunden ihren beängstigenden Charakter verlor; die regelmäßige Menstruation war eine Woche vorher gewesen. Die Metrorrhagie war mit intensiven Schmerzen im Uterus und in den Ovarien verbunden. Weiterhin kamen bei zwei Frauen, welche im letzten Monat der Schwangerschaft standen, wehenartige Schmerzen und Kontraktionen vor, blutiger Ausfluss trat hinzu, so dass der Beginn der Geburt nahe schien; auch diese Symptome, welche mit Fieber verliefen, endigten in kurzer Zeit; beide Frauen gebaren einen Monat später gesunde Kinder. An dritter Stelle beschreibt W. die Krankengeschichte zweier Männer, von denen der eine in der Fieberperiode der Influenza wesentlich Schmerzen in der Urethra und Schwellung eines Hodens hatte; aus der Urethra floss ein wenig Sekret aus; der Schmerz in der Urethra war in wenig Stunden verschwunden, die Schwellung und der Schmerz im Hoden blieb mehrere Tage. Der andere Pat. erkrankte plötzlich mit heftiger Dyspnoe und Stimmverlust, welche Symptome, so bedrohlich die Athemnoth auch war, rasch vergingen. **Prior** (Köln).

13. **Dück** (Rimpar). Eigenthümlichkeiten in der Symptomatologie und dem Verlauf der Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 4. p. 63.)

Der einzige Todesfall, welcher in einem größeren Bezirke vorkam, betraf einen 11jährigen Knaben, welcher mitten im besten Bewusstsein, als das Fieber schon abgefallen und die Beschwerden geschwunden waren, plötzlich einen der Apoplexie ähnlichen Insult erlitt, welchem er am folgenden Morgen erlag. Ein Sektionsresultat liegt nicht vor; vermuthet wird als Ursache des Todes eine Embolie oder auch spontane Thrombose eines oder mehrerer wichtiger Gehirngefäße. In einem anderen kurz skizzirten Falle trat ein intensives Urticariaexanthem nach Abfall des Fiebers auf. In einem Falle von recidivirender Influenza bei einem jungen Mädchen, der keineswegs hohes Fieber aufwies, wurde vollständige Bewusstlosigkeit einen halben Tag lang beobachtet. Sonst sind noch als Eigenthümlichkeiten aufgezählt heftigster Zahnschmerz, Augenschmerzen, Ohrenreißen, Entzündung der Paukenhöhle und zweimal solche Nackensteifigkeit, dass bei dem bestehenden Fieber und dem Kopfschmerz der Verdacht auf eine Cerebro-spinalmeningitis vorlag.

Prior (Köln).

14. **Elwert** (Reutlingen). Über einige Symptome und Komplikationen bei Influenza nebst therapeutischen Bemerkungen.

(Medicin. Korrespondenzbl. des württemb. ärztl. Landesvereins 1890. April 2.)

E. wandte bei Influenza mit gutem Erfolge hauptsächlich Codein und Antipyrin, letzteres in kleinen Dosen in Mixtur, an. Er warnt vor größeren Dosen

des Antipyrin, mit Rücksicht zweier Fälle von Antipyrinintoxikation, von denen er einen beschreibt. Eine Frau in den 30er Jahren bekam unmittelbar nach 1,0 Antipyrin Brennen im Halse und durch den ganzen Leib, starkes Übelsein mit öfterem Erbrechen, Diarrhoe, große Bangigkeit und Athemnoth, cyanotische Hautfärbung, kalte Extremitäten, Ohnmachtsanwandlungen, Todesgefühl, später »heftiges Brennen in der äußeren Haut und Anschwellen derselben«. Unter Excitantien und Magnesia usta Genesung. (Nach den Symptomen sollte man eher annehmen, dass es sich um eine Antifebrinvergiftung gehandelt, was um so wahrscheinlicher ist, da die Pat. nach der während der Influenza-Epidemie leider gang und gäbe gewordenen Unsitte, sich das Antipyrin auf eigene Hand besorgt hatte. Ref.) **A. Freudenberg** (Berlin).

15. **Bergmeister.** Über die Beziehungen der Influenza zum Sehorgan.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 11.)

16. **Fuchs.** Tenonitis nach Influenza.

(Ibid.)

Das Neue und Wesentliche, was B. den bisher veröffentlichten Influenza-Augenerkrankungen hinzufügt, ist 1) das Vorkommen von Accommodationsparesen, 2) von Neuritis mit dem Ausgange in mehr oder weniger ausgesprochene Atrophia papillae nervi optici im Stadium der Rekonvalescenz von der Influenza. In beiden Vorkommnissen glaubt B. Analogien der Influenza mit den anderen akuten Infektionskrankheiten erkennen zu dürfen. Die Accommodationsparesen haben die größte Ähnlichkeit mit den nach Diphtherie beobachteten Erscheinungen; Opticusatrophie wurde in der Rekonvalescenz nach Typhus, eben so nach Masern und Angina beobachtet. —

F. beobachtete im Laufe von 14 Tagen 1 Fall von eitriger und 3 Fälle von nicht eitriger Tenonitis, i. e. Entzündung des zwischen Sklera und Tenon'scher Kapsel gelegenen Raumes. In dem Falle von eitriger Entzündung, so wie in einem der Fälle von nicht eitriger Entzündung war der Zusammenhang mit Influenza sicher nachzuweisen, während in den beiden anderen Fällen ausgesprochene Influenza jedenfalls nicht vorausgegangen war. Aus dem im ersten Falle entleerten Eiter ließen sich die Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumoniekokken züchten.

M. Cohn (Berlin).

17. **Hirschberger** (München). Über Hornhauterkrankung bei Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 4.)

Augenerkrankungen als Komplikationen der Influenza gehören nicht zu den großen Seltenheiten, doch beschränken sich dieselben meist auf die Lider und Bindehaut. H. beschreibt in ausführlicher Weise drei Beobachtungen von Keratitis dendritica; zwei Fälle davon wurden in der ophthalmologischen Klinik, der eine Fall im allgemeinen Krankenhause beobachtet. Auffallend bei allen drei Erkrankten ist das Fehlen der Reizerscheinungen, so wie die herabgesetzte Empfindlichkeit der Cornea. Der Beginn der Störung fiel zwischen den 3. und 5. Tag der Erkrankung an Influenza. Das eine Auge blieb in den drei Fällen vollständig gesund. Da nun Horner und Fuchs schon früher darauf hingewiesen haben, dass die Keratitis dendritica sich aus dem Herpes febrilis corneae, welche Herpesform gleichzeitig mit Bläschen an der Haut der Lippen und der Nase vorkommt, entwickeln kann, und da solche Herpeseruptionen bei der Influenza sehr häufig vorkamen, so glaubt H., dass auch in den obigen Fällen das Geschwür der Cornea aus solchen Herpesbläschen hervorgegangen ist. Wenn es auch keinem Zweifel unterliegen kann, dass diese Corneastörung als eine direkte Komplikation der Influenza zu betrachten ist, so ist sie doch keine für dieselbe charakteristische Begleiterscheinung. **Prior** (Köln).

18. **Kräpelin.** Über Psychosen nach Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 11.)

K. hat in 11 Fällen Entwicklung von Geistesstörung nach Ablauf der Influenza beobachtet. Es handelte sich dabei um Fälle einfacher psychischer Depression, um Melancholie mit Wahnideen, akute Erschöpfungszustände mit dem Gepräge des Collapsdeliriums, typische Manie und Delirium tremens. Der Ausbruch der psychischen Attacken erfolgte regelmäßig erst nach dem Ablaufe der somatischen Krankheitserscheinungen; dem entsprechend bestand auch nirgends Temperatursteigerung. Die eigentlich wirksame Ursache war somit anscheinend mehr in der allgemeinen Schwächung des Organismus als in der besonderen Art der Intoxikation zu suchen. Die Prognose dieser Psychosen ist eine recht günstige; die Behandlung muss eine allgemein roborirende sein.

M. Cohn (Berlin).

19. **H. Leo.** Über Cystinurie. (Aus der 3. med. Klinik und Universitätspoliklinik des Herrn Geh. Rath Senator.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. p. 325.)

Es handelt sich um eine Pat., die der Anamnese nach schon viele Jahre an Cystinurie leidet. Weniger die durch den Abgang von Steinen bedingten Kolikanfälle als die Folgeerscheinungen einer gelegentlich acquirirten Wanderniere führten sie der Poliklinik zu. Das Vorzeigen eines Steines und die Anamnese führten zur Entdeckung der Cystinurie. Der Stein bestand aus Cystin. Er war, beiläufig bemerkt, facettirt, was auf die Anwesenheit noch anderer Steine in dem Nierenbecken hindeutete.

L. wollte nun an dieser Pat. den Einfluss der Muskelarbeit und der reichlichen Eiweißaufnahme auf die Cystinausscheidung ermitteln. In Ermangelung einer besseren Methode wurde das Cystin nach Löbisch bestimmt durch Wiegen des Cystins, welches sich nach 24stündigem Stehen aus dem mit Essigsäure versetzten Harne ausschied.

Es wurde ferner der Stickstoff, die Harnsäure, die präformirte Schwefelsäure und der neutrale Schwefel bestimmt. In einer Vorperiode wurde der Harn bei normaler Lebensweise beobachtet, in einer zweiten wurde Muskelarbeit durch angestrengtes Arbeiten an einem Webstuhl geleistet, in einer dritten verzehrte die Pat. neben ihrer gewöhnlichen Nahrung noch 200 g Kemmerich'sches Fleischpepton.

Das Resultat war folgendes: Weder Muskelarbeit, noch Peptonzufuhr bedingten eine Vermehrung der Cystinausscheidung. Unter dem Einfluss der Eiweißzufuhr stieg die Menge des neutralen Schwefels, wie gesagt ohne Zunahme des Cystins. Die Harnsäure war im Vergleich zur Norm nicht vermindert, sie stieg mit der Eiweißzufuhr. Es bestand also auch in diesem Falle keine Beziehung zwischen der Cystinurie und der Harnsäureausscheidung.

F. Röhmann (Breslau).

20. **B. Küssner** (Halle a/S.). Über hydropische Anschwellungen unklaren Ursprunges.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 16.)

Verf. theilt einige Fälle jener Formen von wassersüchtigen Anschwellungen mit, deren Deutung bis jetzt unmöglich ist und die von den verschiedenen Autoren verchieden aufgefasst und bezeichnet wurden.

Der erste Fall gehört in die Kategorie des von Quincke als »akutes umschriebenes Hautödem« beschriebenen Krankheitsbildes:

Eine 68jährige Frau leidet seit lange an rheumatischen Schmerzen, war sonst im Allgemeinen gesund, hereditär nicht belastet. Vor 5 Jahren bekam sie Anschwellungen der Haut am Rumpfe und der Vorderseite des Thorax, die Druckgefühl, Beklemmung, Brennen und Jucken verursachten; diese Anschwellungen kamen und verschwanden ziemlich rasch, wurden meist größer wie ein Handteller und blieben in wechselnder Weise die ganze Zeit über bestehen. Dazu kamen später Blutungen aus der Blase, von der Bronchialschleimhaut, dem Zahnfleische,

für die gleich wie für jene ödematösen Anschwellungen, niemals eine Ursache aufzufinden war.

Ein zweiter Fall erinnert an die Wagner'schen Fälle von essentieller Wassersucht:

Eine 32jährige Frau erkrankte unter Erscheinungen von Anämie und Anschwellung der Beine. Es bestand bei der Untersuchung bleiche Hautfarbe, allgemeines Gedunsensein, sehr starkes Ödem beider Beine und etwas Höhlenhydrops. Der Urin war eiweißfrei, eine Ursache für die Anämie und den Hydrops war nicht vorhanden. Pat. war nach einigen Wochen vollständig gesund.

Ähnlich den von Quincke beschriebenen Fällen von essentiellem Höhlenhydrops ist folgende Beobachtung:

Ein 13jähriges Mädchen, hereditär nicht belastet, früher gesund, erkrankt mit Anschwellung des Leibes, die sich als starker ascitischer Erguss erweist. Sämmtliche innere Organe waren gesund; unter der Anwendung von Laxantien und Schwitzbädern nahm der Ascites stetig ab und war nach 4 Wochen mit Ausnahme kleiner Reste verschwunden.

Dass auch bei der anscheinend leichten Diagnose des Ascites einmal ein Fehlschluss gemacht werden kann, beweist neben älteren Fällen aus der Litteratur auch der nachfolgende, in welchem es zum Bilde des Ascites kam, obwohl die Peritonealhöhle fast vollständig obliterirt war.

Der Fall betrifft eine 30jährige Frau, die an Carcinoma uteri zu Grunde ging und die neben anderen unwichtigen Erscheinungen einen stark aufgetriebenen Leib hatte, welcher exquisite Fluktuation und überall gedämpften Schall zeigte. Bei der Sektion fand sich nun, dass nur eine Spur freier Flüssigkeit im Abdomen vorhanden war, weil durch ausgedehnte miliare Carcinomwucherungen die Därme und die übrigen Baucheingeweide fast völlig mit einander verlöthet waren. Die Därme aber waren prall gefüllt mit grauen flüssigen Inhaltsmassen.

Es hatte also in diesem Falle die schwappende Füllung der Därme mit Flüssigkeit die Symptome des Ascites vorgetäuscht. **Goldschmidt** (Nürnberg).

21. **L. Cortella.** Un caso di pleurite ad essudato siero-fibrinoso con esito non comune.

(Gazz. degli ospitali 1889. No. 68.)

Bei einem 4jährigen Kinde war das Exsudat von einer akuten serofibrinösen Pleuritis auf der linken Seite bis in die Höhe der Spina scapulae gestiegen, so dass bei der hochgradigen Dyspnoe des Kindes die Thoracocentese auf den folgenden Tag beschlossen wurde. In der Frühe dieses Tages wurde das Kind von heftigem Erbrechen befallen, wobei eine große Menge gelblicher Flüssigkeit sich entleerte, welche das Maß der in den Stunden vorher aufgenommenen Getränke bei Weitem überstieg. Das Erbrechen wiederholte sich in den folgenden Stunden öfter. Am Tage darauf ergab die Untersuchung des Thorax, dass der linke Pleuraraum frei von Dämpfung, die Lunge wieder entfaltet war. Verf. wählt aus den beiden Möglichkeiten, dass entweder die Exsudatflüssigkeit durch eine Perforationsöffnung des Zwerchfells in den Magen oder Ösophagus gedrungen und so direkt mittels Erbrechen entleert worden oder dass die Bildung einer Bronchialfistel auf indirektem Wege die Entleerung durch Erbrechen bewirkt habe, die letztere, weil auf der linken Lunge nach Schwinden des Exsudates Zeichen einer Bronchitis mehrere Tage fortbestanden und überdies ihm diese Annahme die einfachere zu sein scheint. **G. Sticker** (Köln).

22. **Demme.** Über Tympanitis und ihre Ätiologie im Kindesalter.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 1 u. 2.)

Zuerst wird die Krankengeschichte eines Pat. veröffentlicht, bei welchem die hochgradige Tympanitis auf der Folge theilweiser Abschnürung eines Theiles des Darmrohres durch kongenitale Bindegewebsbrücken mit großer Wahrscheinlichkeit beruhen dürfte. Es handelt sich um einen bei der Aufnahme 4 Jahre alten Knaben, bei welchem die Eltern schon wenige Tage nach der Geburt eine

langsam zunehmende Auftreibung des Abdomen bemerkt hatten; der Stuhlgang war von Geburt an träge und selten; schon in den ersten Lebenswochen trat eine vollständige vorübergehende Stuhlverstopfung ein, während deren der Leib ungemein aufgetrieben war, bis nach einer 4—10tägigen Dauer Erbrechen und diarrhoische Stuhlentleerungen erfolgten, worauf sofort der Leib abschwoll und die große Dyspnoe verschwand. Dann erfolgten wieder mehrere Wochen lang spärliche Darmentleerungen, Stuhlverstopfung mit Auftreibung des Abdomen, bis eine neue Diarrhoe die Symptome beseitigte. Solche Stuhlverstopfung und kolossale Auftreibung und dann die Diarrhoen wiederholten sich regelmäßig alle 2—3 Monate während der drei ersten Lebensjahre; von da an nahmen die Stuhlverstopfungen einen bedrohlichen Charakter an mit heftigem Erbrechen, Collapserscheinungen und andauernder Tympanitis bis zu unerträglicher Weise gesteigert. Bei der Aufnahme ist der Leib so stark aufgetrieben, dass der Kopf und die Extremitäten nur wie kleine Adnexe des Bauches aussehen; Umfang des Bauches misst über der Mitte des Epigastrium 62, über dem Nabel 67, zwischen dem Nabel und Symphyse 65 cm; überall ist lauter Perkussionsschall; das Zwerchfell steht ungemein hoch. Ausspülung des Magens bringt keine Erleichterung, kein Gas entweicht, der Pylorus schließt; das eingeführte Darmrohr lässt ein wenig Gas entweichen, aber bewirkt sonst nichts. Diätetische und medikamentöse Behandlung, in vielen Wochen durchprobirt, ist machtlos. Das Krankheitsbild verschlimmert sich; Stuhlverstopfung tritt absolut ein und lässt sich durch keine Einläufe heben, hochgradige Dyspnoe, Erbrechen, Collapserscheinungen, Verfall der Kräfte lassen den Tod als nahe bevorstehend erscheinen, als plötzlich spontan reichliche, faulig riechende Darmentleerungen mit viel Flatus eintreten; der Leib sinkt ein, die Temperatur hebt sich und die Gefahr ist vorüber. Noch 5 Monate später ist der Knabe vollkommen gesund. D. nimmt mit Hinweis auf einen von ihm 1882 beobachteten und secirten ähnlichen Fall an, dass ein sehr wahrscheinlich aus der fötalen Zeit datirender Bindegewebsstrang durch quere Einschnürung des Darmes, wohl hier des Dünndarmes, die Darmbewegung hinderte; bei dieser letzten kolossalen Auftreibung der Därme ist vielleicht dieser Strang gerissen oder so gedehnt worden, dass er nicht mehr einschnüren kann; zwei Abbildungen des Pat. mit und ohne Tympanitis sind beigegeben.

In einem anderen Falle beobachtete D. eine Tympanitis, welche einen $2^1/_2$ Jahre alten Knaben betraf; die Aufblähung entwickelte sich in der Regel nach der Mahlzeit ungemein rasch und erreichte Abdomenauftreibungen von 62 cm. In der Chloroformnarkose sinkt sofort das noch wenige Augenblicke vorher prall gespannte Abdomen ein, ohne dass durch Mund oder Anus Gase entwichen wären. Auch diese Auftreibung ging mit asthmatischen Störungen einher. Da zufällig der Knabe beim Erbrechen 2 Spulwürmer entleert, wurden Santonin und Kalomel verabreicht; 20—30 Spulwürmer gingen ab und das monatelang sich immer aufs Neue wiederholende Bild der Tympanitis, die jeder Therapie getrotzt hatte, war verschwunden. Die von Talma abgegebene Erklärung, dass die Entstehung der Tympanitis bei Hysterischen in der Regel durch einen Krampf des Zwerchfelles hervorgerufen werde (hysterische Phantomgeschwülste, die in der Chloroformnarkose ohne Gasabgänge plötzlich verschwunden sind), nimmt D. für diesen letzten Fall an; es würde sich also hier um einen durch die Anwesenheit zahlreicher Spulwürmer im Darmrohr auf die Nahrungsaufnahme hin reflektorisch ausgelösten Krampf des Diaphragma gehandelt haben. **Prior** (Köln).

23. **A. Böttiger.** Beitrag zur Lehre von den chronischen progressiven Augenmuskellähmungen und zur feineren Hirnanatomie.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft. 2. p. 513.)

62jähriger Pat., der seit 2—3 Jahren schlechter sieht, zur Zeit der Aufnahme beiderseits Ptosis und Myosis, fast vollständige Oculomotorius- und Trochlearislähmung zeigt. Ataktische Bewegungen der Zungenspitze, Tremor der Oberextremitäten, Störung der Koordination der Unterextremitäten. Brecht-Romberg'sches Phänomen. Gang trippelnd. Sensibilität nur im Gebiet der sensiblen Nervenäste

des Trigeminus herabgesetzt. Reflexe links erhöht. Linke Papilla optica etwas atrophisch entfärbt. Geschmacksempfindung herabgesetzt. Demenz. Verschiedene psychopathische Symptome. Später ein Anfall mit linksseitigen Krämpfen und Déviation conjugée à droite. Nach Aufhören der Zuckungen Déviation à gauche. Zum Schluss kurz vor dem Exitus beiderseits Nystagmus. Die Sektion ergab außer meningealen Veränderungen und allgemeiner Atrophie des Gehirns im Gebiet der Nervenkerne: Hyperämie und Ganglienzellatrophie in den hinteren Vagus-Glossopharyngeus-, besonders aber in den Trochlearis-Oculomotoriuskernen. Auffällig viel und wohlerhaltene Ganglienzellen fanden sich in dem dem Trochleariskern zugekehrten Ende des Oculomotoriuskernes. Verf. wirft die Frage auf, ob es sich hier möglicherweise um den Kern für den Augenfacialis handle.

Weinbaum (Marburg).

24. **Reinhold.** Ein Fall von progressiver Bulbärparalyse mit ungewöhnlichem Ausgang.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 83 ff.)

Ein in jeder Hinsicht typischer Fall von chronischer atrophischer Bulbärparalyse tritt nach einem nahezu 12 Monate langen Stadium der langsam fortschreitenden Entwicklung plötzlich in eine akute fieberhafte Phase ein, welche in wenigen Tagen unter schweren cerebralen Allgemeinerscheinungen zum Tode führt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt — bei makroskopisch im Wesentlichen negativem Befunde — als wahrscheinliches anatomisches Substrat dieses ungewöhnlichen Ausganges entzündliche Veränderungen in Pons, Medulla oblongata und oberem Halsmark, Veränderungen augenscheinlich jüngeren Datums, leider aber unklarer Genese.

Die ersten Symptome der Krankheit hatten sich ganz plötzlich — apoplektiform — entwickelt.

Verf. betont als wichtig für die Auffassung des Falles, dass zwei zeitlich und genetisch unterschiedliche Processe am Ende des Krankheitsverlaufes konkurriren, von denen der eine in das Gebiet der degenerativen Atrophie, der andere in die Reihe der entzündlichen Vorgänge gehört, so dass man von einer Kombination der chronisch-atrophischen Bulbärparalyse mit akuter Meningomyelitis bulbi zu reden berechtigt sei.

G. Sticker (Köln).

25. **Cervesato** (Padua). Über die therapeutische Verwendung des Jodols bei inneren Krankheiten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 2.)

Verf. sah von der Anwendung des Jodols bei skrofulösen Erkrankungen auffallend gute Erfolge; besonders bei torpiden Schwellungen noch nicht eiternder Lymphdrüsen, ferner, wenn auch in geringerem Maße bei skrofulösen Erscheinungen der Schleimhäute der Nase und des Rachens, so wie bei der skrofulösen Otitis; in diesen Fällen wurde das Jodol in Dosen von 0,5—1,0—1,5 g innerlich gegeben und 2—3 Monate sehr gut ertragen; oder es wurde äußerlich als Salbe, oder in Form von Einblasungen, oder als Streupulver, oder auch zu Inhalationen in wässerig-alkoholischer Glycerinlösung verwendet. Mit gutem Erfolg wurde es in dieser Form bei primärer Kehlkopftuberkulose, bei akuten und chronischen katarrhalischen Laryngitiden, so wie bei gewissen Formen der Bronchitis versucht. Auch in einigen Fällen von tertiärer Syphilis hatte das Jodol gute Dienste geleistet.

Goldschmidt (Nürnberg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 25. **Sonnabend, den 21. Juni.** **1890.**

Inhalt: 1. **Grossmann,** Athmungscentrum. — 2. **Lebedeff** und **Andrejew,** Übertragung von Echinococcusblasen auf Kaninchen. — 3. **Sée** und **Lapicque,** Jodkali als Herzmittel. — 4. **F. O. Cohn,** Einwirkung des Magensaftes auf Essigsäure- und Milchsäuregährung. — 5. **Puriz,** Reaktion auf Salzsäure im Magensaft. — 6. **Löwenfeld,** Jacksonsche Epilepsie. — 7. **Chiari,** Angina phlegmonosa. — 8. **Demme,** Parakresotinsaures Natron. — 9. **Aufrecht,** 10. **Guttmann** und **Merke,** Krankenhäuser.

11. **Herxheimer,** Eigenthümliche Fasern in Epidermis und Schleimhaut. — 12. **Posner,** Pachydermia mucosae. — 13. **de Blasi,** Typhusübertragung durch Trinkwasser. — 14. **Gärtner** und **Ehrmann,** Sublimatinkorporirung durch Kataphorese. — 15. **W. Fischer,** Bronchitis und Bronchiektasie. — 16. **Trudean,** Heiße Luft bei Phthise. — 17. **Löb,** Tetanie bei Magenerweiterung. — 18. **Watt Kerr,** Vikarirende Hämorrhagien. — 19. **Benedict,** Tabes. — 20. **v. Gieson,** Syringomyelie. — 21. **Hunt,** Suspension und Extension bei Ischias. — 22. **K. Mayer,** Paralysis agitans sine agitatione. — 23. **Hammond,** Hodensaftinjektionen. — 24. **Dinter,** Creolinvergiftung. — 25. **Atkinson,** Chininintoxikation. — 26. **Michelson,** Lichen.

1. **Grossmann.** Über das Athmungscentrum und seine Beziehung zum Kehlkopfe. Über das Wurzelgebiet der peripheren Kehlkopfnerven.

(Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 29. November 1889.)
(Wiener med. Blätter 1889. No. 49. p. 776.)

Die ersten Versuche, welche alle im Laboratorium von Exner angestellt wurden, galten der Feststellung, ob es im Sinne von Flourens ein einheitliches Athmungscentrum gebe oder nicht. Zu diesem Zwecke wurde die Medulla oblongata von Kaninchen an verschiedenen Stellen quer durchtrennt. Wurde das verlängerte Mark knapp über der Spitze des Calamus scriptorius durchschnitten, so hörte die Athmung vollkommen auf; auch bei energischer künstlicher Athmung stirbt das Thier sofort. Dasselbe bewirken Querschnitte bis zur Mitte des 4. Ventrikels. Erst wenn der Querschnitt noch um 2 mm oberhalb der Mitte des 4. Ventrikels ausgeführt wird,

setzen Kehlkopf und Thorax die Athembewegungen fort, nur die Nasenathmung sistirt. Werden die Querschnitte noch um je 2 mm höher, bis sie endlich die Vierhügel erreichen, ausgeführt, so bleibt auch die Nasenathmung erhalten. Werden hingegen die Querschnitte unterhalb der Spitze des Calamus scriptorius ausgeführt, und zwar zwischen 2. und 3., zwischen 3. und 4., zwischen 4. und 5. Halswirbel, so hört die Thoraxathmung auf, Nasen- und Kehlkopfathmung bleibt erhalten. Nasen-, Keklkopf- und Thoraxathmung bleibt erhalten, wenn der Querschnitt nahe dem oberen Rande des 5. oder zwischen dem 5. und 6. Halswirbel gemacht wird. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Stelle oberhalb der Mitte des 4. Ventrikels, bei deren querer Durchschneidung die Nasenathmung allein sistirt, genau an der Grenze des Vagus- und Facialiskernes liegt: wurde also der Facialiskern vom Vaguskern getrennt, so war der Facialis nicht mehr im Stande, die Impulse für die Athmung der Nase abzugeben. Die gleichen Beziehungen zwischen Vaguskern und Phrenicuskern ergab die Durchschneidung der Medulla spinalis zwischen dem 2. und 3., 3. und 4. und 4. und 5. Halswirbel: wurde in dieser Weise der Phrenicuskern vom Vaguskerne isolirt, so steht die Thoraxathmung still, die Nasen- und Kehlkopfathmung bleibt erhalten, aber mit verändertem Rhythmus, so dass das Thier seltener, tiefer athmete, seine Stimmbänder bei der Inspiration weit aus einander gingen, die Nasenflügel ad maximum geöffnet wurden, das Thier wie in höchster Athemnoth athmet. Rossbach hat an dem Kopf eines Enthaupteten ähnliche, 5 Minuten andauernde Athembewegungen gesehen, während der Rumpf vollständig bewegungslos dalag: der Schwertstreich hatte das Haupt gerade zwischen 2. und 3. Halswirbel vom Rumpfe getrennt. Aus seinen Versuchen zieht G. den Schluss, dass dem isolirten Vaguskern durchaus keine größere Selbständigkeit zukommt als dem isolirten Facialis- oder Phrenicuskern, dass für das normale Athmen das Zusammenwirken aller drei Kerne nothwendig sei und dass für die Erhaltung einer rhythmischen Athmung zwei Kerne in Verbindung bleiben müssen. Die Verletzung des Vaguskernes ist nur desshalb von größeren Folgen, weil vermöge seiner anatomischen Lage nach seiner Durchtrennung ein Zusammenwirken des Facialis- und Phrenicuskernes nicht mehr möglich ist.

Der zweite Theil der Arbeit liefert den Nachweis, dass 1) die Ursprungsfasern des Nervus laryngeus superior und medius aus dem obersten Nervenbündel kommen, 2) der Nervus laryngeus inferior aus dem mittleren, 3) alle Kehlkopfmuskeln ihre Innervation aus dem oberen und mittleren Bündel beziehen und zwar hat jeder einzelne Muskel seinen selbständigen Nervenzweig, 4) das untere Bündel nur die Nackenmuskeln versorgt und 5) im oberen Bündel nur jene Nervenfasern sind, welche die Reflexe für die perverse Athmung leiten. Bei der experimentellen Prüfung durchschnitt G. die 3 isolirten Nervenbündel, in welchen die peripheren Kehlkopfnerven von

der Medulla sich abzweigen, erst einzeln und prüfte die Folgeerscheinungen am Kehlkopfe; in einer zweiten Reihe wurden diese Nervenbündel auf ihre Reaktion durch elektrische Reizung geprüft.

Prior (Köln).

---

2. **Lebedeff** und **Andrejew**. Transplantation von Echinococcusblasen vom Menschen auf Kaninchen.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3.)

Bisher hatte man immer angenommen, dass die oft in ungeheurer Zahl in den verschiedensten Organen vorkommenden Echinococcusblasen ausschließlich den Eiern der Taenia echinococcus, welche auf irgend eine Weise in den Darm gelangen, ihren Ursprung verdanken. Eine andere Art der Vermehrung war nicht bekannt. Die Verff. haben nun einer an Echinococcuskrankheit verstorbenen Person einige Tochterblasen entnommen, dieselben zwei Kaninchen in die Bauchhöhle eingenäht und gefunden, dass dieselben nicht nur weiter fortlebten, sondern auch neue Tochterblasen (Enkelblasen) erzeugten. Die Übertragung dieser am Kaninchen gewonnenen Experimente scheint den Verff. aber auch auf den Menschen gerechtfertigt und sie halten es sonach für möglich, dass neben multipler Invasion eine Vermehruug der Echinokokken im Organismus des Menschen vorkomme — eben die Proliferirung der nach dem Platzen der Mutterblase frei gewordenen Tochter- und vielleicht auch Enkelblasen.

Joseph (Berlin).

---

3. **G. Sée** et **Lapicque**. Comment l'iodure de potassium agit sur le coeur. Expériences de laboratoire et de clinique.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 40.)

Physiologische Versuche an Hunden angestellt und Beobachtungen an den verschiedensten Herzkrankheiten räumen dem Jodkalium einen größeren Werth bei der Behandlung von Herzkrankheiten ein als dieses gewöhnlich der Fall ist; es wurde in dieser Arbeit gefunden, dass Jodkalium das wahre Herzmedikament ist, da es nicht die Herzkraft schwächt, sondern vor Allem bei Klappenfehlern und Erkrankungen des Myocardium, welche mit Blutdruckerniedrigung einhergehen, den Blutdruck hebt und die Herzkraft steigert; da es seine physiologische Eigenschaft ist, die kleinsten Arterien zu erweitern, so entlastet es das Herz, beseitigt dessen Widerstände und giebt ihm seine Kontraktionsfähigkeit zurück; das Jodkalium stärkt dadurch die überarbeiteten und dilatirten Herzventrikel; diese Gefäßerweiterung erstreckt sich selbstverständlich auch auf die Verzweigung der Coronararterien, so dass Jodkalium in Dosen von 2—3 g auch dem Herzen selbst einen großen Dienst noch dadurch leistet, dass es nicht nur die Blutbewegung günstig beeinflusst, sondern das Herz selbst besser ernährt, die bessere Er-

nährung des Centralorgans der Cirkulation wird aber für die Blutbewegung selbst und das Leben von außerordentlichem Werthe sein.

Prior (Köln).

---

4. **F. O. Cohn.** Über die Einwirkung des künstlichen Magensaftes auf Essigsäure- und Milchsäuregährung.

Inaug.-Diss., Straßburg, 1889.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die Koncentration des Magensaftes zu eruiren, die nöthig ist, um Essigsäure- und Milchsäuregährung zu verhindern, so wie die Bedingungen festzustellen, unter denen der Magensaft diese Aufgabe zu lösen im Stande ist. Der Verf. gelangte hierbei zu folgenden Schlüssen:

1) Pepsin wirkt weder auf die Essigsäure noch auf die Milchsäuregährung hemmend ein, scheint vielmehr ein guter Stickstoffüberträger für die Gährungen zu sein.

2) Bereits durch Spuren von HCl wird die Essigsäuregährung verhindert. Die Milchsäuregährung wird durch so viel Salzsäure unmöglich gemacht als nöthig ist, um die in der Lösung enthaltenen, für die Entwicklung des Bacillus acidi lactici nothwendigen Phosphate in salzsaure Salze umzusetzen; durch mehr als 0,7‰ HCl wird indessen die Milchsäuregährung, auch wenn noch KH_2PO_4 vorhanden ist, verhindert, vermuthlich durch die freigewordene H_3PO_4.

3) Pepsin-Salzsäure liefert dieselben Grenzwerthe für die zur Verhinderung der Gährungen nothwendige Salzsäurequantität, wie Salzsäure ohne Pepsinzusatz. Nur ist entsprechend 1 die jeweils gebildete Säurequantität größer als ohne Pepsinzusatz.

4) Die an Pepton gebundene Salzsäure ist nicht mehr im Stande, Gährung zu verhindern. Sie ist also nicht nur, wie lange bekannt ist, unfähig, Eiweiß zu verdauen, sondern auch diese zweite, ihr im Magen zukommende Wirkung auszuüben.

5) Bei Gegenwart von Phosphaten wird die Essigsäuregährung erst dann verhindert, wenn so viel HCl zugegen ist als Eiweiß, um die zur Verhinderung der Gährung nöthige H_3PO_4 frei zu machen. Die Grenze hierfür liegt zwischen 0,5‰ und 0,7‰.

(Die exakten Untersuchungen des Verf. stehen im besten Einklang mit dem bereits vor geraumer Zeit von Ewald und Boas (Virchow's Archiv Bd. CIV) behaupteten Antagonismus zwischen HCl-Produktion und Milchsäuregährung. Die dagegen von Rosenheim mit großem Aufwand an Leidenschaft angeführten Gründe und Versuche sind dadurch hinfällig geworden. Ref.)

Boas (Berlin).

---

5. **K. N. Puriz.** Über eine neue qualitative Reaktion auf freie Salzsäure im Magensaft.

(Wratsch 1889. No. 21.)

Verf. hat die von Boas (d. Centralbl. 1888 No. 39) empfohlene Resorcinreaktion nachgeprüft, namentlich mit Rücksicht auf das

Günzburg'sche Reagens, dessen Mangel in der Komposition aus schwer zu beschaffenden chemischen Agentien besteht. P. kommt zu dem Schluss, dass die Boas'sche Reaktion der Günzburg'schen an Schärfe nicht unterlegen ist; wie bei jener, ist auch bei der Resorcinprobe die Grenze = 1 : 20000. Nur ist die Boas'sche Reaktion nicht so standhaft, wechselt rasch in ihren Nüancen und erfordert daher große Aufmerksamkeit. Dies hindert indessen die Verwerthbarkeit der Reaktion nicht, positiver oder negativer Ausfall ergiebt mit Sicherheit An- oder Abwesenheit von Salzsäure. Organische Säuren ergeben die Reaktion in keiner Koncentration. Anwesenheit von Eiweiß, Pepsin, Pepton beeinträchtigen die Reaktion fast gar nicht.

Genaue Untersuchungen theils mit künstlichem Magensaft unter den verschiedensten Bedingungen und Zusätzen, theils mit natürlichem Magensaft überzeugten den Verf. von der vollständigen Zuverlässigkeit der Boas'schen Reaktion. In 3 Fällen von negativem Ausfall derselben wurden genaue quantitative Bestimmungen des Magensaftes nach Bidder und Schmidt angestellt. Dieselben ergaben, dass das Chlor nicht einmal zur Bindung sämmtlicher Basen ausreichend war.

Bezüglich der Ausführung der Reaktion räth Verf. bei schwacher Flamme vorsichtig zu erhitzen und das Reagens in kleinen Quantitäten und in dunklem Gefäß vorräthig zu halten. Den Rohrzucker kann man auch in der Resorcinlösung durch Traubenzucker ersetzen, eben so kann auch im Günzburg'schen Reagens das Vanillin durch Traubenzucker substituirt werden. Dies gewährt auch die Möglichkeit, die Boas'sche Resorcinprobe als Reagens für den Harnzucker zu benutzen, indess ist die Empfindlichkeit derselben für Zucker zu gering, auch wirken andere Bestandtheile unter Umständen störend ein.

Hofmann (Odessa).

---

6. **L. Löwenfeld.** Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie und den klinischen Äquivalenten derselben.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Hft. 1 u. 2.)

Nach einer Schilderung des typischen Bildes der Jackson'schen Epilepsie zählt Verf. folgende Krankheitszustände auf, bei welchen bis jetzt Jackson'sche Epilepsie beobachtet worden ist: Hirntumor, Hirnläsion nach Schädeltrauma, Hirnsyphilis, Hirnerweichung und -Blutung, parenchymatöse Encephalitis, Dementia paralytica, multiple Sklerose (durch eine eigene Beobachtung belegt), Urämie, periphere Nervenläsionen (Narbe, Neurom, Ohrenaffektion) und Hysterie. Fälle, bei welchen sich keine bestimmte Ursache auffinden lässt, fehlen nicht. Gestützt auf 8 einschlägige Beobachtungen sucht L. darzuthun, dass beim Übergang des Krampfes vom Arm auf das Gesicht der Krampf nicht immer dem Gesetz Jackson's zu folgen braucht, sondern dass er von einer Gesichtshälfte auf den Arm der gleichen Seite und auch vom Arm auf das Gesicht übergehen kann. Und zwar braucht im letzteren Fall vor dem Überspringen auf das Gesicht

nicht der ganze Arm ergriffen zu werden. Ferner ergeben die Beobachtungen L.'s, dass Lähmungserscheinungen auch vor dem Einsetzen der Konvulsionen — als Aura — und während des Ablaufs derselben sich einstellen können. Als Ursache für diese Lähmung möchte L. weder eine lokale Kongestion, noch eine Erschöpfung der in Betracht kommenden Gebiete des Centralnervensystems annehmen, er ist vielmehr geneigt, den Grund für diese Erscheinung in einem Hemmungsvorgang zu suchen, der in den betr. motorischen Rindengebieten sich abspielt oder von der Hirnrinde aus in subcorticalen Centren herbeigeführt wird. Den zweiten Theil der Arbeit bilden die Äquivalente der Jackson'schen Epilepsie. L. leitet seine Betrachtungen hierüber mit folgendem Satze ein: Alle bei typischen Anfällen Jackson'scher Epilepsie als Aura vorkommenden Symptome können unter Umständen auch isolirt in Form selbständiger Anfälle sich zeigen und die klinische Bedeutung der Jackson'schen Krämpfe annehmen, Äquivalente derselben darstellen. Hauptsächlich in Betracht kommen sensorische und paralytische Äquivalente. Für beide Formen bringt Verf. Belege aus der Litteratur und zum Theil charakteristische eigene Beobachtungen.

Die sensorischen Äquivalente können die verschiedensten Sinnesempfindungen betreffen, auch entsprechen sie, wenn sie sich über mehrere Körpertheile ausbreiten, in ihrem Gang vollständig den Jackson'schen Krämpfen.

Die paralytischen Äquivalente, welche ein ähnliches Verhalten zeigen, lassen sich nach L. nur von einem Hemmungsvorgang ableiten. Zur Begründung hierfür führt er namentlich den Satz Heidenhain's an, dass dieselben Elemente Erregung und Hemmung vermitteln können, das eine oder das andere je nach dem Zustande der zu beeinflussenden Apparate und dem Grade ihrer Reizung. Auch diese Form der Äquivalente wird an eigenen Beobachtungen erläutert. Für »psychische Äquivalente« der Jackson'schen Epilepsie im Sinne Pitres glaubt L. nicht eintreten zu können, da es sich dabei nicht um einen Erregungs- oder Hemmungsvorgang im Bereiche umschriebener Rindencentren handelt.

Zum Schluss bespricht Verf. das Verhältnis der Jackson'schen Epilepsie zur genuinen Epilepsie und hebt hervor, dass wir Übergänge zwischen beiden Formen in reichlicher Anzahl beobachten können, dass es ihm aber im praktischen Sinne geboten erscheint, die beiden Formen zu trennen, wenn auch wirklich bei beiden Krampfformen corticale Erregungsvorgänge die Zuckungen auslösen.

A. Cramer (Eberswalde).

---

7. **Chiari.** Über die Lokalisation der Angina phlegmonosa.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 43.)

C. giebt ein klares Bild des Verlaufes und Ausganges dieser praktisch so ungemein wichtigen Erkrankung und fasst das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Angina phlegmonosa hat ihren Sitz selten in der Mandel und liefert dann meist kleine Abscesse, die an der Mandeloberfläche selbst durchbrechen oder leicht zu eröffnen sind.

2) Gewöhnlich lokalisirt sich die Entzündung nach außen und oben von der Mandel und drängt dieselbe nach innen und unten, den vorderen Gaumenbogen aber stark nach vorn in den Mund hinein.

3) Die meistens eintretende eitrige Schmelzung wird an dem begleitenden Ödeme des Zäpfchens und der Gaumenbögen, den heftigen, stechenden, gegen das Ohr ausstrahlenden Schmerzen und der Fluktuation erkannt. Doch sind alle diese Zeichen gelegentlich trügerisch; in zweifelhaften Fällen versuche man eine Probepunktion durch die Mitte des vorderen Gaumenbogens gerade nach hinten 2 cm tief.

4) Bei Nachweis des Eiters steche man mit einem spitzen Tenotom oder einem mit Heftpflaster umwickelten Spitzbistouri in der Mitte einer Linie ein, die von der Uvula zur Krone des vorderen Weisheitszahnes gezogen wird, außer man sieht an einer anderen Stelle eine gelbliche Hervorragung oder könnte deutlich eine andere umschriebene, fluktuirende Stelle nachweisen. Der Einstich soll dem Rande des vorderen Gaumenbogens parallel gerade nach hinten gerichtet sein und kaum 1—2 cm tief ohne Gefahr geführt werden. Dringt Eiter aus der Einstichsöffnung, so erweitere man den Schnitt beim Herausziehen des Instrumentes nach unten.

5) Kann man Eiter nicht nachweisen, ist aber die Schwellung hochgradig, so steche man trotzdem in derselben Weise ein, um wenigstens das entzündete Gewebe zu entlasten.

6) In seltenen Fällen bricht der Eiter anderswo durch; deswegen ist es unerlässlich, jedes Mal eine genaue Inspektion des Mundes, Rachens und Nasenrachenraumes vorzunehmen, so weit sie durchführbar ist. Es wird dann manchmal doch gelingen, den Eiterherd zu finden.

M. Cohn (Berlin).

---

8. **Demme.** Über die Anwendung des parakresotinsauren Natriums im Kindesalter.

(Bericht aus dem Jenner'schen Kinderspital in Bern 1889.)

Mittheilungen über eine antifebrile Wirkung der Kresotinsäure sind schon vor einer Reihe von Jahren veröffentlicht worden, doch waren damals Beobachtungen mit isolirten und reinen Präparaten jeder der drei (α, β, γ) Kresotinsäuren nicht gemacht. D.'s Untersuchungen ergaben nun, dass die aus Parakresol erhaltene Parakresotinsäure mit Rücksicht auf die therapeutische Wirksamkeit bei gleichzeitiger Ungefährlichkeit das für die Praxis verwerthbarste Präparat darstellt. Die Metakresotinsäure und ihre Salze erwiesen sich therapeutisch weniger wirksam. Therapeutische Versuche mit der Orthokresotinsäure konnte D. wegen der an Fröschen und Ka-

ninchen sehr rasch eintretenden Lähmung des Herzmuskels nicht anstellen.

Zu den therapeutischen Untersuchungen verwendete D. das parakresotinsaure Natrium, ein fein krystallinisches Pulver von deutlich bitterem, jedoch nicht widerlichem Geschmack. Es löst sich in 24 Theilen erwärmten Wassers, ohne sich nach dem Erkalten wieder auszuscheiden.

Kymographische Versuche ergaben, dass den subkutanen und auch innerlichen Darreichungen selbst kleinerer Gaben (0,25 pro kg Kaninchen) konstantes Absinken des Blutdruckes folgt, dem regelmäßig eine sehr kurze Blutdrucksteigerung vorhergeht, bei Warmblütern werden Athmung und Pulsfrequenz verlangsamt.

Die therapeutischen Versuche wurden an 32 Kindern, die an Typhus abdominalis, Pneumonia crouposa, Pneumonia catarrhalis, Rheumatismus articulorum acutus, Phthisis pulmonum tuberculosa, Bronchitis capillaris acuta, Pleuritis acuta exsudativa und Meningitis purulenta erkrankt waren, vorgenommen.

Das parakresotinsaure Natrium erwies sich als ein wirksames Antipyreticum. Die Herabsetzung der Temperatur erfolgt durch größere Einzelgaben innerhalb 2—4 Stunden und beträgt mindestens 0,5 °, häufiger 1,0—1,5. Der Abfall war stets von lebhaftem Dünsten der Haut, häufig von Schweißausbruch begleitet. Die Maxima der Einzel- und Tagesdosen betrugen für die verschiedenen Altersstufen:

für	2—4	Jahre	0,1 —0,25 g	resp.	0,5—1,0 g
»	5—10	»	0,25—1,0 »	»	2,5—3,5 »
»	11—16	»	1,0 —1,5 »	»	3,5—4,5 »

Bei Beobachtungen dieser Grenzbestimmungen sind Collapserscheinungen nicht zu befürchten.

In seltenen Fällen tritt ein Arzneiexanthem in Form eines Erythema fugax ein. Die Zahl der Herzkontraktionen wird durch das Mittel herabgesetzt.

Von der Schleimhaut des Magens und Darmes wurde das Medikament mit wenigen Ausnahmen gut vertragen. Sehr selten erfolgte Erbrechen. Fortgesetzte kleinere Gaben scheinen die Zahl der Stuhlgänge zu beschränken. So schien auch die Abheilung des akuten Gastro-Intestinalkatarrhes jüngster Kinder beschleunigt zu werden.

Eine Einwirkung auf Quantität und Qualität der Harnabsonderung ließ sich nicht konstatiren. Das Allgemeinbefinden wurde meist günstig verändert; das Sensorium blieb frei, Ohrensausen wurde nicht wahrgenommen.

Das parakresotinsaure Natrium steht bezüglich seiner Anwendung dem salicylsauren Natrium nahe, doch wird es von diesem durch Sicherheit der Wirkung und mit Rücksicht auf die Verhütung von Recidiven übertroffen. Auf den Verlauf des Typhus abdominalis wirken fortgesetzt gereichte kleinere Dosen ähnlich, wie dies seiner

Zeit von Laquer und Ehrlich für das Thallin beschrieben worden ist.

M. Cohn (Berlin).

---

9. **Aufrecht.** Das geeignetste Bausystem für allgemeine Krankenhäuser.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. Hft. 1.)

10. **P. Guttmann** und **H. Merke.** Bemerkungen zur Aufrecht'schen Mittheilung: »Das geeignetste Bausystem für allgemeine Krankenhäuser«.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 5.)

Im Gegensatz zu der allgemein verbreiteten, speciell neuerdings von Dehnike in seiner kürzlich referirten Beschreibung des neuen Hamburger Krankenhauses vertretenen Anschauung von den Vorzügen des Barackensystems legt A. im vorliegenden Aufsatz eine Lanze für den Pavillonbau mit gedeckten Verbindungsgängen ein. Die beiden Haupterfordernisse eines Krankenhauses sieht er in möglichst reichlicher Zufuhr von Sonnenlicht, wofür er mit wohl anzuzweifelnder Berechtigung die Versuche von Duclaux und Arloing über die Abtödtung der Mikroben durch Insolation heranzieht, und in einer ausreichenden Ventilation. Ersterer Forderung können Baracken wie Pavillons genügen; letzterer die Baracken aber nicht, da ihre Dachreiterventilation im Sommer bei geringen Temperaturunterschieden zwischen Innen- und Außenluft zu wenig leistet, in kalter Jahreszeit durch die Nothwendigkeit eines wenigstens theilweisen Klappenschlusses in hohem Grade beschränkt wird. Eine genügende Lufterneuerung ist, wie die in Pariser Hospitälern gemachten Untersuchungen zeigen, nur in mit Pulsionsvorrichtungen ausgestatteten Pavillons möglich. Das Pavillonsystem hat ferner gegenüber den Baracken den Vorzug geringerer Ausdehnung; die ärztliche Hilfe ist dadurch leichter zu beschaffen, das Wärterpersonal besser zu verwenden und zu beaufsichtigen; die gedeckten Gänge sind für den Transport Operirter und auch für den Transport von Speisen von großem Vortheil. Die durchschlagende Bedeutung aller dieser Momente wird allerdings vielfach bestritten werden. Endlich sind die Kosten zu berücksichtigen; der Barackenbau vertheuert durch die nothwendige größere Ausdehnung des Terrains, und auch die Unterhaltungskosten, speciell für Heizung und Wartung, sind größer, wie ein Vergleich zwischen den beiden Berliner städtischen Krankenhäusern: Friedrichshain (Pavillonstil) und Moabit (Barackenstil) zeigt. —

Gegenüber der Bemerkung Aufrecht's, dass die Kosten beim Pavillonsystem geringer sind, als beim Barackensystem, wie aus den größeren Ausgaben für Heizung und Wartung im Krankenhaus Moabit gegenüber dem Krankenhaus Friedrichshain erhellt, weisen die Direktoren des ersteren Hospitals G. und M. darauf hin, dass beide Krankenhäuser unter wesentlich verschiedenen Verhältnissen arbeiten. Friedrichshain ist stets annähernd voll belegt, Moabit war es

zeitweise nur sehr gering, die Zahl der Kranken schwankte hier außerordentlich und erklären sich hieraus leicht die größeren Kosten. Seitdem Moabit gleichmäßig belegt ist, sind die Ausgaben für Wartung und Heizung hier nicht höher, die für Beleuchtung sogar bedeutend geringer als in Friedrichshain. Was die Anlage betrifft, so stellen sich die Baukosten mit Einschluss aller Heiz-, Ventilations-, Bewässerungs-, Entwässerungsanlagen bei den neuen Berliner Baraken derart, dass ein Bett auf ca. 300 *M* zu stehen kommt gegen 1800 *M* pro Bett im neuen nach Aufrecht's Angaben erbauten Pavillon des Magdeburger Krankenhauses. **Strassmann** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

11. **K. Herxheimer.** Über eigenthümliche Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

Nach Anwendung der von Weigert zur Färbung von Fibrin und von Mikroorganismen gefundenen Methode (Fortschr. d. Medicin 1887 No. 8) konnte H. das Vorhandensein von eigenthümlichen spiraligen Fasern zwischen den Zellen des Stratum spinosum normaler und pathologischer Epidermis, so wie der analogen Epithellage der Schleimhäute, welche mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet sind, nachweisen. Über die Bedeutung derselben enthält er sich noch eines definitiven Urtheils, doch widerlegt er die Annahme von Parasiten, Zellmembranen, Kittsubstanzen, Nervenendigungen und elastischen Fasern. Am meisten neigt er sich noch der Anschauung zu, dass es sich um ein Saftbahnsystem handeln könne. Injektionsversuche, welche der Verf. weiter fortzusetzen beabsichtigt, werden vielleicht hierüber vollen Aufschluss geben. **Joseph** (Berlin).

12. **C. Posner.** Untersuchungen über Schleimhautverhornung (Pachydermia mucosae).

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3.)

Verf. legte sich die Frage vor, ob cylindroepitheliale Schleimhäute und Gewebe von zweifellos meso- oder entodermaler Herkunft epidermidal entarten können. Es finden sich zwar in der Litteratur bereits eine Anzahl Mittheilungen, welche zur Beurtheilung dieser Frage herangezogen werden können, P. stellte aber noch eine Reihe eigener Untersuchungen an den Schleimhäuten der Nase, Harnröhre, Kehlkopf, Vagina und dem Magen gewisser niederer Säugethiere, besonders der Manis, einem den Ameisenfressern zugehörigen Schuppenthier an. Das Resultat seiner Beobachtungen fasst er dahin zusammen, dass »sowohl cylindro-epitheliale Schleimhäute ektodermalen Ursprunges, wie auch Gewebe zweifellos ento- bezw. mesodermaler Herkunft in gleicher Weise zur Hornproduktion geneigt sind, sich völlig epidermisiren können. Die Lehre von der Specifität der Keimblätter, so über allen Zweifel erhaben sie in ihrer Allgemeinheit feststeht, bildet doch kein ausnahmsloses biologisches Grundprincip. Sie stellt sich dar als Ausdruck einer durch Millionen von Generationen überkommenen Vererbung; man darf aber darüber nicht vergessen, dass innerhalb des gesellschaftlichen oder, genauer gesagt, genossenschaftlichen Verbandes der Elemente des Körpers (Virchow) fort und fort auch Momente wirken, die eine Anpassung an neue Lebensumstände bedingen und dass die den einzelnen Elementen innewohnenden Kräfte sie vielfach auch zur Erfüllung solcher ungewöhnlichen Forderungen befähigen«. **Joseph** (Berlin).

13. **L. de Blasi.** L'acqua potabile come mezzo di trasmissione della febbre tifoidea.

(Riforma méd. 1889. No. 239.)

Die Beobachtungen von Mörs in Mühlheim, Michael in Dresden, Chantemesse und Vidal in Pierrefonds, Macé, Blasi in Palermo, Charrin in

Epinay-sous-Lénart, Toinot im Lyceum zu Animper haben die Bedeutung des Trinkwassers für die Verbreitung des Typhusgiftes dargethan. Eine neue Beobachtung de B.'s auf der Villa W. in Resuttana beweist die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung zur Erkennung von Verunreinigungen eines Wassers, das der chemischen Analyse zufolge für rein und trinkbar gelten musste.

Die Erkrankung von 3 Personen an einem leichten Typhus in der Villa W. ließ Mangels anderer greifbarer Ursachen den Verdacht auf das Trinkwasser fallen, welches aus einem vom Wohnhause weit entfernten Brunnen durch gusseiserne Röhren einem großen Behälter zugeführt wurde und in diesem der Filtration durch ein alle 2 Monate erneutes Kohlenfilter unterlag.

Aus Gelatineplattenkulturen, die von dem unmittelbar dem Brunnenausfluss entströmenden Wasser einerseits und dem durch das Kohlenfilter gegangenen Wasser andererseits gewonnen wurden, ergab sich zunächst, dass letzteres weit reicher an Bakterien war als ersteres, ein Befund, der gleichlautenden Erfahrungen von Sanna-Salaris (Giorn. intern. delle scienze med. 1886, No. 7) sich anreiht. Sodann konnten unter den Kolonien, welche auf den Platten aus dem filtrirten wie aus dem unfiltrirten Wasser entstanden, zwei Arten unterschieden werden, solche, unter deren Einwirkung die Gelatine verflüssigt wurde, und solche, denen diese Wirkung abging. Aus den ersteren wurde ein dem Proteus vulgaris Hauser's identischer Saprophyt isolirt. Unter den letzteren fanden sich Herde, welche aus Bacillen bestanden, die gemäß dem Aussehen und der Form der Kolonie, gemäß der Form und der Beweglichkeit der Bacillen und gemäß dem Waschsthum der letzteren auf Kartoffeln als die von Eberth entdeckten Typhusbacillen aufgefasst werden mussten.

Nach Erforschung der Lokalverhältnisse ergab sich als wahrscheinlichste Quelle für die Verunreinigung des Brunnens eine Mistgrube in unmittelbarer Nachbarschaft des letzteren, in welcher für gewöhnlich dürres Laub und Pferdemist zum Düngen gesammelt wurde, die aber kurz vor dem Eintritt der Krankheitsfälle höchst wahrscheinlich öfter zur Verrichtung ihrer Nothdurft einer Anzahl von Arbeitern gedient hatte, welche um jene Zeit zu besonderen Arbeiten auf die Villa herbeigezogen worden und deren Zahl etwa 80 betrug. Verf. meint, dass unter ihnen wohl eine leichte Typhuserkrankung unbemerkt hat vorkommen können.

Dass der Brunnen nicht von der Quelle her verunreinigt worden, ergab die Untersuchung eines Brunnens auf der benachbarten Villa N., welcher von der gleichen Quelle wie jener gespeist wurde, sich mit jenem in keiner weiteren (unterirdischen) Beziehung gemäß direkt angestellter Versuche befand und dessen Wasser durchaus frei von Typhuskeimen war und eben so frei von außergewöhnlichem Gehalt saprogener Mikroben. Das Ergebnis der chemischen Analyse beider Brunnen stand in keinem Verhältnis zu ihrem Unterschied im Bakteriengehalt.

I. Brunnen der Villa W.		2) Brunnen der Villa N.	
a) Gehalt des filtrirten Wassers an		a) Gehalt des Reservoirs an	
α) festen Kolonien	280	α) festen Kolonien	80
β) flüssigen »	30	β) flüssigen »	6
b) Gehalt des unmittelbar dem Brunnen entnommenen Wassers an		b) Gehalt des fließenden Wassers an	
α) festen Kolonien	193	α) festen Kolonien	52
β) flüssigen »	30	β) flüssigen »	9

Chemische Analyse:

	Gramm im Liter		Gramm im Liter
Rückstand bei 180°	0,4012	Rückstand bei 180°	0,4112
Chlorgehalt	0,0567	Chlorgehalt	0,0567
Stickstoff	0,0100	Stickstoff	0,0156
Ammoniak	—	Ammoniak	—
salpetrige Säure	—	salpetrige Säure	—

G. Sticker (Köln).

14. **Gärtner und Ehrmann.** Über die Einführung von Sublimat in den Organismus auf kataphorischem Wege.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 48.)

Zu den Versuchen wurde ein besonderes zweizelliges Bad konstruirt und benutzt. Im Badewasser einer Zelle wurden 4—6 g Sublimat aufgelöst und dann ein elektrischer Strom von 100 Milliampères 15 resp. 20 Minuten lang durchgeleitet. Der Harn der Versuchsperson enthielt nach dem Bade und zwar durch 4—6 Tage bis zu 1,3 mg Quecksilber, also eine Quantität, welche sich an der oberen Grenze jener Menge bewegt, welche noch nach therapeutischer Einverleibung gewöhnlich im Harn konstatirt wird. Diese Methode soll vielversprechend sein, weil 1) sie zu den wirksamen Methoden der Quecksilbereinverleibung durch die Haut gehört, 2) die Aufnahmefläche eine viel größere als bei allen anderen Methoden ist, 3) eine Einwirkung des Quecksilbers auf etwa in der Haut lokalisirte Krankheitskeime stattfinden kann, 4) die Möglichkeit einer genauen Dosirung vorhanden ist, da erfahrungsgemäß die Einverleibung des Metalles in genauer Proportion zur Stromstärke und Stromdauer erfolgt, 5) die Methode absolut reinlich, schmerzlos und vollständig gefahrlos ist. **Prior** (Köln).

15. **W. Fischer.** Über die feineren Veränderungen bei der Bronchitis und Bronchiektasie.

(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 453.)

Verf. hat eine Anzahl von Bronchitiden und Bronchiektasien in verschiedenen Stadien aus Leichen des verschiedensten Lebensalters studirt. Seine Beobachtungen laufen im Wesentlichen auf eine »Atrophie aller Bestandtheile und einer Umwandlung der Wand in Bindegewebe« hinaus. Verf. scheint zu glauben, dass er der Erste ist (mit Ausnahme von Rapp), der die Umwandlung von Flimmerepithel in Plattenepithel beschreibt. Dass das eine längst und vielfach bekannte Thatsache ist, braucht kaum erwähnt zu werden. Die Ansicht des Verf., dass sich »aus seinen Präparaten manches Neue ergeben« habe, kann Ref. nicht theilen.

Hansemann (Berlin).

16. **Trudean** (Saranac Lake). Hot-air inhalations in pulmonary tuberculosis.

(Med. news 1889. September 28.)

Die Beobachtung bezieht sich auf 4 Pat. mit ausgesprochener Tuberkulosis der Lunge; speciell auf das Verhalten der Tuberkelbacillen im Sputum und ihre Virulenz richtete sich die Aufmerksamkeit; bei einem Pat. wurde die Behandlung 3 Monate lang konsequent durchgeführt; einen therapeutischen Werth kann man der Einathmung von heißer Luft nicht zuerkennen, eben so findet sich kein Anhaltspunkt dafür, dass unter dem Einfluss der heißen Lufteinathmung die Entwicklung von Tuberkelbacillen in den Lungen aufgehalten oder die Virulenz herabgesetzt werde. **Prior** (Köln).

17. **M. Löb.** Tetanie bei Magenerweiterung.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 95.)

An die kurze Mittheilung über eine Beobachtung von tödlich verlaufener Tetanie bei einem 64jährigen Manne, der seit 9—10 Jahren an einer durch Ulcus pylori bedingten Magenektasie gelitten hatte, schließt Verf. eine Übersicht über die Theorien der Pathogenese jener krankhaften Erscheinung bei Dilatatio ventriculi. Er selbst hält es für zweifellos, dass die Resorption zersetzter Stoffe aus dem erweiterten Magen die Veranlassung für eine Intoxikation des Nervensystems und somit für das Auftreten jenes Phänomens werde und stützt sich dabei auf den in seinem Falle beobachteten »aashaften, an Schwefelwasserstoff erinnernden Geruch der Ructus einige Stunden vor dem Tode«, so wie auf den von Gerhardt betonten Umstand, dass bei Cardiastenose und Ulcus rotundum bisher Tetanie nicht beobachtet worden sei. **G. Sticker** (Köln).

18. **Watt Kerr** (San Francisco). An interesting case of vicarious hemorrhage.

(Occidental med. times 1889. December.)

Eine 42 Jahre alte Frau litt von August 1888 bis zum Juli 1889 einschließlich an heftigen Magenschmerzen mit Hämatemesis und Hyperästhesie der Magenwand unmittelbar vor der Menstruation; mit Eintritt der Menses ließen jedes Mal alle diese Symptome nach; im August 1889 trat an die Stelle der Hämatemesis starke Epistaxis. Im September kam es zu keiner Blutung aus der Nase oder aus dem Magen, dagegen wurde die Menstruation so stark, dass die Tamponade der Scheide nothwendig wurde. Die Beziehung zwischen den gastrischen Störungen und der Menstruation wurde besonders klar, als einmal die Periode plötzlich stockte; die Magenschmerzen etc. waren vor ihrem Eintritt dagewesen und mit Einsetzen der Regel verschwunden; als nun die Menses stockten, kehrten sogleich die Hämatemesis und die Magenschmerzen zurück. Die Erklärung findet K. im vasomotorischen System. **Prior** (Köln).

19. **Benedict.** Zur Tabes.

(Vortrag im Wiener med. Doktorenkollegium.)

(Wiener med. Blätter 1889. No. 45.)

Der Ansicht, dass die meisten Fälle von Tabes und Dementia paralytica auf Syphilis zurückzuführen seien, kann sich B. nicht anschließen; die häufige Koincidenz von Tabes und Syphilis sei kein Grund für die Annahme, dass Tabes eine Folge der Lues sei; es giebt allerdings Fälle von Tabes syphilitica, die auch an dem eigenthümlichen atypischen Verlauf zu erkennen sind, aber das seien immerhin seltene Fälle; vielmehr kann man einen Zusammenhang zwischen Tabes resp. Dementia paralytica mit dem Abusus antisyphilitischer Kurven annehmen. B. warnt in Folge dessen eindringlich, auf die bloße Vermuthung hin, dass die Tabes syphilitischen Ursprunges sei, einen Tabetiker wiederholt Schmierkuren zu unterziehen oder jahrelang große Dosen Jodkalium zu geben; diese Kuren wirken vor Allem bei älteren Leuten so deletär, dass die Krankheit sich in kürzester Zeit hochgradig verschlimmere. Selbst bei wirklichen syphilitischen Tabetikern wird das Leiden nicht durch antiluetische Kuren gebessert, sondern durch die gewöhnliche Behandlungsweise.

Im Anschluss daran demonstrirte B. einen Pat., dessen Ataxie durch die Suspension auffallend gebessert wurde; ein anderer Pat. fand sehr große Besserung durch die Dehnung beider Ischiadici; es war ein älterer Mann mit prodromaler Sehnervenatrophie, in welchen Fällen die Ataxie sich stets bei elektrischer oder anderer sachgemäßer Behandlung bessert; in 2 Fällen von Hemiplegia infantilis spastica beseitigte die Dehnung des Nervus ulnaris und medianus einmal, das andere Mal des Nervus ulnaris und radialis die bei jeder Beschäftigung, zumal beim Schreiben auftretende Unruhe. **Prior** (Köln).

20. **Ira v. Gieson.** A report of a case of syringomyelia.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1889. No. 7.)

Die bei dem 47jährigen L. B. sich zeigende Krankheit dauerte 21 Monate. Die hervortretendsten Erscheinungen waren Parästhesien, Herabsetzung der Sensibilität in den Beinen, Hyperästhesien (Gürtelgefühl, Schmerzen in den Füßen, in der Regio umbilicalis und hypogastrica), Dysurie, Romberg'sches Symptom. Wechsel der Stärke des Kniephänomens, Dorsalklonus, motorische Schwäche der Beine, Ödem der Unterextremitäten besonders in den letzten Wochen a. m. etc.

Etwa von der Mitte der Dorsalregion an ist das Rückenmark ca. 4 cm lang von einem röthlichgrauen soliden Tumor eingenommen, einem telangiektatischen Gliosarkom. Unterhalb desselben zeigt das Rückenmark eine große Anzahl Knötchenexkrescenzen. Die central gelegene, bis zu $^3/_4$ cm breite Höhle beginnt 8 cm oberhalb des Tumors und endigt 5 cm unterhalb desselben; sie ist von einem aus hyperplastischem Gliagewebe gebildeten Wall umgeben, dessen Zellen hier und an anderen Stellen der Glia vielfach flüssig erweicht sind. Zwischen der Höhlen-

wand und dem umgebenden Gewebe zeigt sich in dem höheren und mittleren Dorsaltheil Ödem. Über dem Tumor zeigt sich Degeneration der Goll'schen, Kleinhirnseiten- und der Anterolateralstränge (Gowers).

Verf. meint im Anschluss an diesen Fall, dass manche Fälle von Syringomyelie angeborene, cylindrische Defekte des Rückenmarkes darstellen, welche keine Symptome hervorrufen, bis gliomatöse Hyperplasie der Höhlenwand oder ein in letzterer entstehender Tumor groß genug wird, um Läsionserscheinungen des Rückenmarkes zu bewirken. **J. Ruhemann** (Berlin).

21. **Charles Hunt** (Dixon, Ill.). Suspension and extension in the treatment of sciatica.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. September 28.)

Die Behandlung der akuten wie chronischen Ischias führt sehr oft zu den ungünstigsten Resultaten, da eine erheblich große Anzahl solcher Störungen kaum eine wesentliche Besserung erlaubt. Durch die Noth getrieben versuchte H. die Suspension und Extension des erkrankten Beines bei einer Pat., welche schon jahrelang unter den furchtbarsten Schmerzen an chronischer Ischias litt und bei welcher der ganze therapeutische Apparat vergeblich angewandt worden war. Schon nach ein Paar Stunden ließ der Schmerz vollkommen nach, so dass die Pat., seit 2 Jahren, zum ersten Male wieder gut schlafen konnte; nach 14 Tagen dieser Behandlung war die Pat. heil, der Vorsicht wegen ließ in der Nacht H. noch die Suspension und Extension 3 Wochen lang wirken. Die Pat. war noch 5 Jahre später vollkommen gesund. Ähnliche Fälle mit gleich gutem Resultate beschreibt H. noch 4mal, ein ungünstig verlaufender Fall ist nicht beobachtet worden. Der Apparat, um den es sich handelt, ist ursprünglich von Hodgen konstruirt und bei Schussfrakturen der Oberschenkel in dem Bürgerkriege der Vereinigten Staaten gebraucht worden; der Apparat ist sehr einfach und stimmt im Wesentlichen mit den bei uns gebräuchlichen, derartigen Vorrichtungen überein.

Prior (Köln).

22. **K. Mayer** (Wien). Ein Fall von Paralysis agitans sine agitatione.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 50.)

Die 54 Jahre alte Frau bemerkte vor 16 Jahren eine allmählich zunehmende Schwäche der linken Hand und 5 Jahre später eine allmählich sich steigernde Störung der Sprache; seit 2 Jahren entwickelte sich auch Schwäche der rechten Hand, dann Schwäche in den Beinen, so dass die Pat. hinfällt. Beim Gehen hält die Frau den Rumpf deutlich nach vorn gebeugt; sie hat ein seniles Aussehen, die Stirn ist konstant in Querfalten aufgezogen; die seitliche Bewegung des Bulbus ist vollständig erhalten, die Bewegung nach oben aufgehoben, nach unten eingeschränkt; der Mund ist trichterförmig eingezogen (Krampf des Supinator oris), die immer etwas vorgestreckte Zunge drängt die Unterlippe wulstförmig vor; die Bewegungen der Zunge sind unbehindert, beim Vorstrecken zeigt sie fibrilläre Zuckungen. Die Frau kann die Vokale gut aussprechen, schwerer die Konsonanten, welche einen prompten Lippenverschluss oder ein Anpressen an den Gaumen erfordern; in der Erregung kann sie kein Wort nachsprechen. Laryngoskopisch zeigt sich eine Parese der Glottisschließer. Die Finger befinden sich konstant in einer Beugestellung, der Ellbogen ist fast stets spitzwinklig gebeugt. Vorderarm und Finger können aktiv und passiv gestreckt werden, doch steht der extremen Streckung eine gewisse Spannung der Beuger entgegen. Giebt man der Pat. einen leisen Stoß von vorn her, so beginnt sie in kurzen Schritten rückwärts zu laufen und muss gehalten werden, damit sie nicht stürzt. Der Sphincter urethrae ist leicht paretisch, der Sphincter ani funktionirt gut. Muskelatrophien sind nicht vorhanden, die Sehnenreflexe erhalten und nicht gesteigert.

Auf den ersten Blick scheint es sich um eine progressive Bulbärparalyse zu handeln, doch sprechen dagegen 1) die lange Dauer und der langsame Verlauf des Processes; 2) der Mund ist nicht in die Breite verzogen und steht nicht offen, sondern ist kontrahirt und nach einwärts gezogen; 3) die freie Beweglichkeit der Zunge, das späte Eintreten der Sprachstörungen; 4) das Fehlen der Muskel-

paresen; 5) das Vorhandensein der Augenmuskellähmungen, welches nur bei den schwersten Formen der progressiven Paralyse beobachtet wird. Eine einheitliche Auffassung des Krankheitsbildes lässt sich erzielen, wenn man die Affektion als eine rein funktionelle Störung auffasst, als Folgen einer corticalen Reizung, die im Stande ist, Spannung und Zitterbewegungen der Muskeln hervorzurufen, als eine Paralysis agitans sine agitatione, wie sie ähnlich z. B. von Charcot beschrieben worden ist. **Prior** (Köln).

23. **Hammond** (Washington). Experiments relative to the therapeutical value of the expressed juice of the testicles.

(New York med. journ. 1889. August 1.)

Die Injektionen wurden am Unterarm ausgeführt; die Injektionsmasse präparirt H. in der Weise, dass er die Hoden von jungen Schafböcken im Mörser zu Brei verrieb, mit dem halben Volumen Wasser verdünnt und dann durch Filtrirpapier laufen ließ; in dem Filtrat waren rothe und weiße Blutzellen, winzige Gewebsfetzchen und Spermatozoen, welche in einem Versuche noch lebend waren. Die Einspritzungsmasse war in der Regel $1^1/_2$ Stunde nach dem Schlachten des Thieres fertig zum Einspritzen. Zu den Versuchen opferte H. zuerst sich selbst und schon nach einer Injektion war eine seit langer Zeit durch einen Unfall hervorgerufene Schmerzhaftigkeit und gestörte Bewegungsfunktion des linken Armes dauernd verschwunden; die 2. Injektion führte zu einem akuten Abscess. Der 2. Pat. litt an fettiger Degeneration der Herzmuskulatur mit Zeichen der Herzschwäche; er wurde vorübergehend so gesund wie kaum zuvor. Im 3. und 4. Fall, wo es sich um sexuelle Impotenz handelte, brachten die Injektionen fast plötzlich die Fähigkeit zur Erektion und zum Beischlaf zurück; im Fall 5 wurde Herzschwäche und nervöse Dyspepsie, im Fall 6 eine Lumbago geheilt, im Fall 7 eine Hemiplegie ungemein gebessert, im Fall 8 blieb die Melancholie einer Frau unbeeinflusst, nur die Injektionsstelle abscedirte, im Fall 8 kam ein Muskelrheuma zur Heilung und im Fall 10 sofort nach der Injektion ein cardiales Asthma zum Verschwinden. H. ist von der Hodensaftinjektion begeistert, von ihrer Wirkung überzeugt, die Erklärung bleibt er schuldig. **Prior** (Köln).

24. **Dinter.** Über Creolinvergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1889. December.)

Oawohl noch immer von mancher Seite das Creolin als ein vollständig ungiftiges Mittel erklärt wird, liefert D. einen Beweis von der, wenn auch im Allgemeinen nicht lebensgefährlichen, so doch giftigen Wirkung des neuen Antisepticums. Drei weibliche Geistesgestörte bemächtigten sich einer Flasche, die ca. 70 g Creolin (Pearson) enthielt und tranken sie gemeinschaftlich aus. Die Vergiftungssymptome bestanden vor Allem in Collapstemperaturen, grünlichen profusen Diarrhoen, woran alle 3 Pat. erkrankten. Bei einem der 3 Fälle bestand außerdem Karbolharn, schwere Bewusstlosigkeit und oberflächliche Verätzung der Mundhöhle. Diese Pat. hatte wohl am meisten zu sich genommen und war außerdem die schwächste. Da übrigens in allen 3 Fällen der Magen ausgespült wurde, so kam die Giftwirkung nicht zur vollen Entfaltung. **Rosin** (Breslau).

25. **Atkinson.** Some of the graver and raver forms of cinchonism.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1889. September 28.)

Den Anlass zu dieser längeren Mittheilung gab die Beobachtung einer kompleten Blindheit durch Chiningebrauch; die betreffende Pat. war ein 13 Jahre altes Mädchen, welche im Verlauf eines Typhus längere Zeit hindurch Chininum sulfuricum täglich nahm; allmählich nahm ihre Sehschärfe ab und nach etwa 14tägigem Gebrauch war die Pat. vollkommen blind; es wurde ihr weiterhin Chininsulfat verordnet und zwar 3mal täglich 0,6 g. Bei der Untersuchung fanden sich die Pupillen stark dilatirt und ohne Reaktion auf Lichteinwirkung; die Lider

öffneten und schlossen sich fortwährend, ohne dass die Kranke es hindern konnte. die Blindheit war vollkommen; sie war es auch noch einen vollen Monat später und erst nach weiteren 14 Tagen konnte die Pat. die einzelnen Gegenstände in ihrem Zimmer unterscheiden, das Gesichtsfeld aber war noch eingeengt,; das Augenspiegelbild lieferte wesentlich eine außerordentliche Verengerung der Arterien und Venen, welche Zustände unter dem Gebrauch von Tonicis zur Norm zurückkehrten. Anknüpfend an diese eigene Beobachtung stellt A. 49 in der Litteratur zerstreute Fälle von Blindheit nach Chiningebrauch zusammen und fügt die übliche Erklärung solcher Vorgänge mit Hinweisung auf Taubheit nach Chinin und das Bild der allgemeinen Chininvergiftung an. **Prior** (Köln).

26. **P. Michelson.** Ist Lichen syphiliticus das Produkt einer Mischinfektion zwischen Syphilis und Tuberkulose?

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII.)

In dieser sehr interessanten Beobachtung zeigten sich bei 3 Mitgliedern einer Familie in naher zeitlicher Aufeinanderfolge klein-papulöse lichenartige Exantheme. Zuerst zeigte bei dem 22 Monate alten Mädchen das Exanthem eine vollkommene Identität mit dem Lichen ruber planus. Bald darauf erkrankte die ältere $3^3/_4$ Jahre alte Schwester und die Mutter unter den Erscheinungen eines lichenösen Exanthems, daneben aber mit deutlichen Symptomen sekundärer Lues. Die Mutter war per os inficirt worden. Bei dem jüngeren Kinde schwand der Hautausschlag nach 14 Tage hindurch fortgesetzten Einreibungen mit Unna's Karbol-Sublimatsalbe, recidivirte dann etwas schwächer und bildete sich von selbst mit Hinterlassung feiner blasser Grübchen zurück. Die beiden anderen Personen wurden antisyphilitisch behandelt.

Es besteht eine große Schwierigkeit in der Differentialdiagnose zwischen dem klein-papulösen Syphilid, dem »Lichen syphiliticus« und den nicht syphilitischen Lichenformen. Da manche für die letztere Diagnose sprechende Symptome vorhanden waren, so fragte es sich, ob es sich vielleicht um eine zufällige Koincidenz nicht-infektiöser Lichenarten mit Syphilis handle? Ausschlaggebend für die Entscheidung dieser Frage war die mikroskopische Untersuchung von knötchendurchsetzten Hautstücken, welche dem jüngeren Mädchen und der Mutter entnommen wurden. In beiden Fällen erwies sich die histiologische Struktur als von im Wesentlichen ganz identischer Beschaffenheit und zwar enthielt die Zellanhäufung des Coriums fast regelmäßig ein oder mehrere central gelagerte echte Langhans'sche Riesenzellen mit randständigen Kernen, so dass also hinsichtlich seiner Zusammensetzung das auf der Höhe der Entwicklung befindliche Knötchen dem Schüppel'schen Tuberkel entsprach. Dieser Befund stimmt mit dem überein, was wir durch andere Autoren über die Anatomie des Lichen syphil. wissen.

M. legt sich nun die Frage vor, ob dieser Befund beim klein-papulösen Syphilid eine Mitwirkung des tuberkulösen Virus voraussetzt. Baumgarten hielt die ihm vorgelegten Präparate dieser Licheneruptionen für tuberkulösen Ursprungs resp. für eine Mischform von Tuberkulose und Syphilis. Diese Auffassung findet auch an klinischen Erfahrungen eine Stütze, da wir den Lichen syphil. oft bei kachektischen Personen auftreten sehen. Auch bei der jüngeren Pat. zeigten sich deutliche Zeichen von schwerer Skrofulose, i. e. Tuberkulose. Der Nachweis von Tuberkelbacillen in der erkrankten Haut gelang nicht und experimentelle Übertragungen auf Versuchsthiere konnten leider nicht ausgeführt werden. Die in der Überschrift angeregte Frage zur Entscheidung zu bringen bleibt daher noch weiteren Untersuchungen vorbehalten. **Joseph** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 26. **Sonnabend, den 28. Juni.** **1890.**

Inhalt: **H. Neumann**, Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus. (Original-Mittheilung.)

1. **Golgi**, Malariaplasmodien. — 2. **v. Pettenkofer**, Typhusepidemie in Berlin. — 3. **v. Dusch**, Purpura. — 4. **G. Klemperer**, Stoffwechsel und Koma der Krebskranken. — 5. **Stadelmann**, Coma diabeticum. — 6. **Erb**, Thomsen'sche Krankheit. — 7. **Hiller**, Wirkungsweise der Seebäder.

8. **Löwit**, Blutgerinnung. — 9. **Foà**, Struktur der rothen Blutkörperchen. — 10. **Foà** und **Carbone**, Physiopathologie der Milz. — 11. **Neumann**, Entzündungsbegriff. — 12. **G. Hoppe-Seyler**, Gase bei Pneumothorax. — 13. **U. Mosso**, Ausscheidung der Salicylsäure und des Benzylamins. — 14. **Fawitzky**, Stoffwechsel bei Lebercirrhose. — 15. **Byron**, Aktinomykose. — 16. **Proby**, Kontagiöse Pneumonie. — 17. **Bartels**, Ikterus bei perniciöser Anämie. — 18. **G. Klein**, Aneurysma des Ventrikularseptums. — 19. **Held**, Schrumpfniere. — 20. **Kast** und **v. Recklinghausen**, Multiple Enchondrome. — 21. **Freudenthal**, Hernien bei Erkrankung der oberen Luftwege. — 22. **v. Noorden**, Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. — 23. **Kirchberg** und **Marchand**, Fötale Rachitis. — 24. **Schattenberg**, Porencephalie. — 25. **Nauwerck** und **Barth**, Landry'sche Lähmung. — 26. **v. Jaksch**, Tetanie. — 27. **Dehio**, Nervenlepra. — 28. **Gibney**, Behandlung der Bleilähmung. — 29. **Engster**, Pleuritis. — 30. **Camman**, Wasserstoffsuperoxyd bei Lungenkranken. — 31. **François**, Fluorwasserstoffsäure bei Lungenphthise. — 32. **Möser**, Heißluftathmung bei Lungenphthise. — 33. **Schellong**, Malariabehandlung. — 34. **Rachford**, Diabetes mellitus beim Kinde. — 35. **Pollatschek**, Diabetesbehandlung. — 36. **Öhlkers**, Katalepsie in der Chloroformnarkose. — 37. **Lange**, Idiosynkrasie gegen Tannin. — 38. **Mosler**, Pemphigus. — 39. **Kaposi**, Lichen.

Bücher-Anzeigen: 40. **A. Fraenkel**, Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates. I. Band: Diagnostik und allgemeine Symptomatologie der Lungenkrankheiten.

(Aus dem städtischen Krankenhaus Moabit. Innere Abtheilung: Direktor Dr. P. Guttmann.)

Über ein masernähnliches Exanthem bei Typhus.

Von

Dr. **H. Neumann.**

In seltenen Fällen kommen außer der Roseola beim Abdominaltyphus noch andere Exantheme zur Beobachtung; es wurden pustu-

löse Ausschläge, Miliaria, Urticaria, Petechien, scharlachähnlicher Rash, Herpes beobachtet. Als Tâches bleuâtres, Pelioma typhosum oder umbrafarbene Flecke wurde von Trousseau, Murchison, Gallard, Gerhardt u. A. ein eigenthümliches Exanthem beschrieben, welches in den verschiedensten Stadien der Krankheit auftreten kann. Gallard und Griesinger sahen es in schweren wie leichten Fällen, Trousseau und Murchison nur bei leichtem Krankheitsverlauf. Es findet sich vorwiegend in der Lendengegend, an dem unteren Theil des Bauches, dem Rücken und den Oberschenkeln und besteht aus meist spärlichen, kleinen, nicht prominirenden und auf Druck nicht verschwindenden Flecken, welche gleichmäßig blau oder hellviolett gefärbt sind und innerhalb 8 Tagen wieder verschwinden. In einem Falle Gerhardt's erreichten sie ausnahmsweise die Größe einer halben Hand, hatten eine dunkelblaurothe Farbe und verschwanden erst nach 2 Wochen.

Ich erinnere an die Merkmale des Pelioma typhosum, um seine völlige Verschiedenheit von einem bei Typhus vorkommenden masernähnlichen Exanthem, das hier besprochen werden soll, von vorn herein festzustellen. Eher hätte das letztere mit einem starken Roseolaexanthem eine gewisse Ähnlichkeit, mit dem es in der That bisher zusammengeworfen zu sein scheint. Liebermeister[1] sagt von der Roseola: »Während gewöhnlich nur eine beschränkte Zahl von Flecken und in beschränkter Ausdehnung vorkommt, giebt es auch Fälle, und dieselben können zu gewissen Zeiten sich häufen, bei welchen dieselben in großer Zahl und über einen großen Theil des Körpers oder selbst über die ganze Oberfläche verbreitet und zuweilen auch größer und auffallender gefärbt sind. Ein solches über den ganzen Körper verbreitetes Exanthem, welches auf den ersten Blick für eine syphilitische Roseola hätte gehalten werden können, habe ich in einzelnen Fällen noch gegen Ende der dritten Woche auftreten sehen, während die Rekonvalescenz in ganz normaler Weise eintrat.« Vielleicht haben auch Eichhorst[2] und Zülzer[3] das hier zu besprechende Exanthem im Auge gehabt, wenn sie angeben, dass das Roseola-Exanthem bei sehr reichlichem Auftreten masernähnlich erscheinen könne. Es ist nicht ersichtlich, ob unser Exanthem bei den von Griesinger[4] geschilderten Ausschlägen inbegriffen ist. In der klassischen Arbeit Murchison's[5] ist es nicht erwähnt.

Lovy[6] hat das Verdienst, in seiner eben erschienenen Thèse auf Grund von 12 theils in der französischen Litteratur niedergelegten,

[1] Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie Bd. II. Hft. 1. p. 100. 1874.

[2] Lehrbuch der spec. Pathologie u. Therapie Bd. IV. 1886.

[3] Realencyklopädie. 2. Aufl. 1885. »Abdominaltyphus«.

[4] Infektionskrankheiten. 2. Aufl. p. 214. 1864.

[5] A treatise on the continued fevers of Great Britain. London, 1862.

[6] Sur un exanthème rubéoliforme du déclin de la fièvre typhoide. Thèse, Paris 1890.

theils selbst beobachteten Fällen das masernähnliche Exanthem bei Typhus als ein selbständiges, übrigens eben so wenig wie die anderen Exantheme pathognomisches Symptom erfasst und charakterisirt zu haben. Es ergiebt sich aus seiner Arbeit Folgendes: in seltenen Fällen erscheint zwischen dem 15. und 21. Tage des Typhus ein Exanthem, dessen Auftreten weder von dem bisherigen Verlauf des Falles abhängt, noch seinen weiteren Verlauf beeinflusst. Meist freilich leitet sich gleichzeitig die Defervescenz ein. Es steht außer Beziehung zur Roseola, die zu der gewohnten Zeit beobachtet war, in seltenen Fällen auch jetzt noch besteht. Im Augenblick seiner Eruption, die sehr schnell vor sich geht und besonders Rumpf und Hals, weniger die untere Extremität betrifft, die Schleimhäute aber frei lässt, hat man den Eindruck einer Roseola, welche ungewöhnlich reichlich und großfleckig ist. Aber schon nach 12—24 Stunden, während deren das Exanthem sich weiter ausgedehnt hat und masernartig geworden ist, ähneln nur noch die kleineren Flecke einer Roseola, die größeren — ungefähr von der Größe eines Frankstückes — sind himbeerfarben und bestehen aus einem dunkleren hämorrhagischen Centrum mit einer helleren, rosafarbenen Peripherie, die allmählich in die gesunde Haut übergeht. Das Exanthem juckt nicht; es verschwindet nach 3—5 Tagen und veranlasst gewöhnlich keine Desquamation.

Bevor ich auf die Erklärung, welche Lovy für dieses Exanthem giebt, eingehe, füge ich einen Fall ein, den ich im städtischen Krankenhaus Moabit mit freundlicher Erlaubnis des Herrn Direktor P. Guttmann zu sehen Gelegenheit hatte.

Bertha J., 20jähriges Dienstmädchen, wird am 22. Oktober 1889 aufgenommen. Bisher gesund, erkrankte sie vor 8 Tagen mit Kopfschmerzen, Schwindel und Stuhlverstopfung. Die Kranke ist kräftig gebaut, Haut ohne Besonderheit. Herz normal. Hinten links unten vereinzelte katarrhalische Geräusche. Gargouillement. Milz wenig vergrößert. Urin klar, eiweißfrei.

Vom 11. Krankheitstage an reichliche Durchfälle. Am 12. Tage spärliche Roseola, die nach 3 Tagen verschwindet. Das Sensorium bleibt dauernd frei.

Am 30. Oktober (ungefähr dem 16. Krankheitstage) tritt an dem Rumpf, besonders dem Rücken, so wie an den Armen und spärlicher an den Beinen ein sehr ausgedehntes Exanthem auf, welches zunächst den Eindruck einer ungemein starken Roseola macht, diese Ähnlichkeit jedoch bald einbüßt. Es besteht aus verschieden großen, rundlichen, zum Theil konfluirenden Flecken, welche intensiv roth, zum Theil etwas livide erscheinen und auf Druck erblassen. Nach 2 Tagen verblasste das Exanthem und war am 3. Tage seines Auftretens wieder verschwunden. Eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens fand während der Eruption nicht statt. Die Temperatur hatte bis zu dem 30. Oktober zwischen 40,1 und 38,8° geschwankt (am 26. Oktober war sie sogar bis 38,5 gesunken) und fiel jetzt schnell von 39,0—39,7 am 30. Oktober auf 38,6—39,7 am 31. Oktober; 1. November 38,3 bis 39,6; 2. November 38,6—38,2; 3. November 37,8—38,6; 4. November 37,6 — 38,1; 5. November 37,6—38,9. Vom 6. November an dauernd normale Temperatur. Die Kranke hatte eine gute Rekonvalescenz.

Der Urin (übrigens frei von Eiweiß) wurde am 28. Oktober unter allen Kautelen[7] bakteriologisch untersucht. Die mit 1 bezw. 12 Tropfen beschickten

[7] Vgl. über bakteriologische Urinuntersuchung meine Untersuchungen in der Berliner klin. Wochenschr. 1888 No. 7 und 1890 No. 6.

Agarschalen blieben steril. Nach Auftreten des masernähnlichen Ausschlages fand (am 1. November) wiederum eine Untersuchung des Urins statt. Die zweite Hälfte des mit sterilem Katheter nach Reinigung des Orific. urethrae entnommenen Urins, der übrigens sauer und frei von Eiweiß war, erschien jetzt sofort nach der Entleerung getrübt und filtrirte trübe. Im Deckglaspräparat fanden sich unmittelbar nach der Entnahme zahlreiche Kokken, die zu zwei oder in längeren Ketten gelagert waren und sich nach der Weigert'schen Methode nicht entfärbten. In einer mit einer Platinspitze Urin inficirten Schale Gelatine entwickelten sich zahllose runde, hellbraune, leicht granulirte Kolonien mit glattem Kontour, welche die Gelatine fest ließen. Es enthielten diese Kolonien den mikroskopisch nachgewiesenen Kettencoccus, welcher sich in ungeheurer Menge und zwar ausschließlich im Urin vorfand. Auch noch am 4. und 8. November fand er sich in gleicher Menge in dem Urin, der allmählich eine auffällig schleimige Beschaffenheit angenommen hatte, spärliche Schleimkörperchen enthielt und etwas weniger sauer reagirte, im Übrigen dauernd eiweißfrei war. Am 14. November war der Coccus vielleicht etwas spärlicher — der Urin erschien jetzt klar —, am 24. November gar nicht mehr durch Mikroskop und Kultur nachweisbar.

Die genauere bakteriologische Prüfung ergab Folgendes: Es handelte sich um einen Streptococcus, der im Urin entschieden größere Dimensionen hatte als der Streptococcus pyogenes; in den Kulturen auf den gebräuchlichen Nährböden verschwand aber, wie eine sorgfältige Vergleichung mit dem Streptococcus pyogenes lehrte, der Größenunterschied allmählich vollkommen. Auch das Wachsthum auf Gelatine, Agar und Kartoffel unterschied sich in seiner Lebhaftigkeit zunächst ganz auffällig von dem des gewöhnlichen Streptococcus pyog. Er entsprach in seiner Erscheinungsweise dem letzteren durchaus, ging aber in seiner Wachsthumsintensität über die gewöhnlichen Grenzen hinaus. Am wenigsten trat dies vielleicht in der Gelatine (Platte und Impfstich) hervor, wenn gleich auch hier, z. B. im Stichkanal, eine sehr üppige Entwicklung eintrat und unmittelbar um den Einstich herum statt eines zarten Schleiers ein kleiner grauweißer Belag entstand. Auf der Kartoffel kam es zunächst zu einem sehr zarten, leicht bräunlichen Belag, bei späteren Impfungen entstand er — trotz reichlichen Vorhandenseins von Kokken — eben so wenig wie bei Impfung mit einem Streptococcus, der von einem Scharlach herstammte; die Fläche nahm nur ein etwas trockenes Aussehen an und erschien hierbei etwas dunkler als die mit dem Scharlachstreptococcus geimpfte Kartoffel. Am auffälligsten war aber das Wachsthum auf Zuckeragar bei Körpertemperatur. Der Eiter- oder Erysipelstreptococcus zeigt hier schon an und für sich verschiedene Nuancen: das entsprechend dem Impfstrich entstehende Band — wofern die einzelnen Kokken überhaupt zu einem solchen zusammenfließen — kann im Ganzen sehr zart, grau, durchscheinend bleiben, oder es kann in der Mitte, wo es seine größte Dicke erreicht, weißlich werden, während die Peripherie, welche das von Rosenbach u. A. geschilderte Relief zeigt, grau durchscheinend bleibt. Die weiße Färbung der Mitte nuancirt sich in den Kulturen verschieden. In unserem Fall nun war die Kultur so wachsthumskräftig, dass das ganze nicht sehr breite Band prominent und feucht weißlich erschien. Die Pathogenität des Streptococcus anlangend, rief die kutane Impfung des Kaninchenohres keine Entzündung hervor, die Einspritzung von einem ganzen Kubikcentimeter streptokokkenhaltigen Urins unter die Haut einer Maus erzeugte nur eine vorübergehende geringe Infiltration.

Trotz alledem dürfte der geschilderte Streptococcus nur eine mehr saprophytische Spielart des pyogenen Streptococcus sein, die sich durch die natürliche Kultur in der Harnblase erzeugt hat. Die Besonderheiten seines Wachsthums verloren sich bei weiterer Kultur allmählich in einem gewissen Grade, während es freilich nicht gelang, auf der anderen Seite den gewöhnlichen Streptococcus durch Züchtung in Urin zu jener besonderen Wachsthumsenergie zu heben. Abgesehen davon, dass es mir einmal unter besonderen Bedingungen gelang, nach Infektion eines Kaninchens mit dem Eiterstreptococcus die gleiche Spielart zu kultiviren, dass ich ferner noch ein zweites Mal den gleichen Streptococcus bei einem schweren

Typhus aus dem Urin kultivirt habe, findet sich eine Bestätigung unserer Ansicht von der Identität beider Streptokokken in einer Beobachtung von Babes[8]; derselbe kultivirte bei einer postscarlatinösen Nephritis aus der Niere und dem Harn den Streptococcus; »während aber jener der Niere alle Charaktere des Streptococcus pyogenes aufweist, ist jener aus dem Harn weniger anaërob, entwickelt sich als weißlicher erhabener Plaque auch auf der Oberfläche, die Glieder desselben sind größer, kugelrund und nicht so innig verbunden als jene des ersteren«.

Es erschien also in unserem Falle, in Übereinstimmung mit dem von Lovy gezeichneten Bilde, in der dritten Krankheitswoche ein masernähnliches Exanthem, das, ohne den Krankheitsverlauf zu beeinflussen, nach wenigen Tagen wieder verschwand. Gleichzeitig mit dem Exanthem kam eine Ausscheidung des Streptococcus pyogen. durch die Nieren zur Beobachtung. Diese Koincidenz setzt uns in die Lage, die Natur des Exanthems aufzuklären. Lovy schreibt ihm eine kritische Bedeutung zu; eben so wie unter Umständen durch die Niere, finde hier eine Elimination der bakteriellen Krankheitserreger durch die Haut statt. Wenn gleich wir eine bakterielle Ausscheidung durch Haut und Niere überhaupt nur in beschränktem Grade, keinenfalls aber als kurativen Vorgang von kritischer Bedeutung anerkennen können[9], stimmen wir doch in der Annahme einer bakteriellen Ursache für das Exanthem mit Lovy überein. In der That dürfte in unserem Fall eine bakterielle Überschwemmung des Kapillargebietes stattgefunden haben, welche in dem äußeren Integument und im Nierensekret der wissenschaftlichen Erkenntnis zugänglich wurde. Es handelte sich aber nicht um eine Kapillarembolie durch den Typhuserreger — diese kann sich im Auftreten der Roseola und in der Ausscheidung des Typhusbacillus durch den Urin äußern —, sondern um eine sekundäre Infektion mit dem Streptococcus pyogenes. Da sie, nach den bakterioskopischen Befunden in den Mesenterialdrüsen zu schließen, meist von den typhösen Darmgeschwüren aus stattfinden dürfte, ist die Zeit ihres Eintritts von der Bildung der letzteren abhängig. Hieraus folgt das Auftreten des Exanthems in der dritten Krankheitswoche, wie es Liebermeister und Lovy beobachtet haben und auch in unserem Falle zutraf.

Auffällig könnte nur die Gutartigkeit der sekundären Streptokokkeninfektion erscheinen, die es weder in der Niere zu einer chemisch erkennbaren Entzündung, noch in der Haut zu einer schwereren Gefäßalteration kommen ließ. Doch ist die wechselnde Virulenz des Streptococcus im menschlichen Körper genügend bekannt. Es sei nur an die Verschiedenartigkeit seiner Virulenz beim Scharlach oder beim Puerperalfieber erinnert[10]. Eben so kommen beim Typhus

---

[8] Bakteriologische Untersuchungen über septische Processe im Kindesalter. Leipzig, 1889. p. 13.

[9] Vgl. Berliner klin. Wochenschrift 1890 No. 6. l. c.

[10] So furchtbar z. B. bei dem letzteren die Infektion mit ihm gewöhnlich ist, so kann er sich hier doch auch andererseits durch therapeutische Maßnahmen oder spontan ganz wesentlich abschwächen. Ich erinnere z. B. an Heilung eines meta-

alle Virulenzgrade des Streptococcus vor: von der tödlichen Sepsis, der ich z. B. ein 6jähriges Mädchen erliegen sah[11], bis zu der ohne Störung des Allgemeinbefindens verlaufenden Allgemeininfektion, für die wir soeben ein Beispiel gegeben haben.

Ob das in Frage stehende Exanthem immer durch den Streptococcus bedingt ist, ob dieser andererseits — wie es wahrscheinlich ist — auch andere, z. B. scharlachartige Exantheme, so weit sie im späteren Stadium des Typhus auftreten[12], veranlassen kann, muss Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

---

1. **Camillo Golgi.** Sul ciclo evolutivo dei parassiti malarici nella febbre terzana. Diagnosi differenziale tra il parassiti endoglobulari malarici della terzana e quelli della quartana.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 7.)

Nach des Verf. Beobachtungen werden die Malariafieber des quarternären und die des tertianen Typus durch zwei biologisch und morphologisch verschiedene parasitäre Organismen bedingt. Die biologischen Unterschiede sind folgende: Der Parasit der Tertiana vollendet seinen Entwicklungsgang in 2 Tagen, der der Quartana in 3. Die Amöben der Tertiana sind beweglicher als die der Quartana. In Bezug auf ihre Wirksamkeit in den rothen Blutkörperchen unterscheiden sich die beiden Formen dadurch, dass bei der Tertiana das Hämoglobin in den von den Parasiten bewohnten Blutkörperchen viel schneller zerstört wird als bei der Quartana. Bei der Quartana erscheinen die erkrankten Blutkörperchen oft zusammengefallen, bei der Tertiana sind sie vergrößert und regelmäßig rund. Morphologisch unterscheiden sich die beiden Parasiten folgendermaßen: In dem ersten Stadium der Entwicklung zeigt die Amöbe der Tertiana ein weniger zartes Protoplasma und desshalb schärfere Konturen als die der Quartana. Die Pigmentkörnchen und Stäbchen sind bei der Quartana gröber als bei der Tertiana. Endlich vollzieht sich auch die Segmentation der beiden Amöbenformen in etwas verschiedener Weise, bei der Tertiana in weniger regelmäßiger Anordnung, wie bei der Quartana. Dieses morphologisch verschiedene Verhalten wird durch eine der Arbeit beigegebene Tafel illustrirt.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **v. Pettenkofer.** Die Typhusepidemie von 1889 in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 48.)

In der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 19. Juni gab Prof. Fürbringer einen Bericht über die Typhusbewegung im

statischen Streptokokkenempyems durch Punktion (Widal, Étude sur l'infection puerpérale; Paris, 1889, p. 45).

[11] Neben spärlichen Typhusbacillen enthielten Milz und Niere — beide entzündet — große Mengen von Streptokokken; im Darm ungewöhnlich zahlreiche und große Typhusgeschwüre.

[12] Moore vermuthet ihren septikämischen Charakter. Dublin Journal 1888. II.

Krankenhaus Friedrichshain während der letzten Epidemie der Stadt Berlin; der Anfang der Epidemie fiel in den Januar und das Ende auf die letzten Tage des März 1889. Über diese Mittheilung ist in der Deutschen med. Wochenschrift 1889 No. 28 p. 575 berichtet worden. Es hatte Fürbringer ausgeführt, dass weder die Boden- noch die Trinkwassertheorie eine ausreichende Erklärung für die Ursache des auffallenden Epidemisirens des Typhus, wie es in Berlin seit 14 Jahren auch nicht annähernd beobachtet worden ist, abgeben könne; selbst die am stärksten heimgesuchten Distrikte waren längst an die Kanalisation angeschlossen, ohne welche wohl die Seuche noch viel bedeutendere Dimensionen angenommen hätte; die einschränkende Gewalt der sanitären Einrichtung war aber diesmal durch einen neuen, ungekannten Faktor überkompensirt worden. Gegen diesen Ausspruch Fürbringer's, nach welchem man annehmen könne, dass es zeitweise für Typhusepidemien lokale Ursachen gebe, welche noch unbekannt seien und bei der Berliner Epidemie ausnahmsweise wirksam gewesen wären, welche auch weiterhin mit den Bodenverhältnissen keinen Zusammenhang hätten und auf welche desshalb auch die Kanalisation keine Wirkung ausübe, wendet sich v. P., um nachzuweisen, dass kein neuer unbekannter Faktor vorliege. In einem zeitweisen Aufflackern einer gesteigerten Typhusfrequenz auch nach der Kanalisation oder nach einer anderen Art der Bodenassanirung in Orten oder Ortstheilen, in welchen Typhus endemisch vorkommt, sei nichts Neues oder Unbekanntes zu erblicken; ein vollständiges Unterbleiben zeitweiser epidemischer Schwankungen erheischt nur die Trinkwassertheorie, aber nicht die Bodentheorie. Nach der Trinkwassertheorie dürften allerdings mit Einführung eines von Typhuskeimen freien Wassers keine Typhuserkrankungen mehr vorkommen, aber ein Typhusboden wird auch durch die beste Kanalisation nie augenblicklich und plötzlich assanirt, »so wenig, als ein bisher gedüngter Acker plötzlich unfruchtbar wird, sobald man aufhört ihn weiter zu düngen; die Ernten nehmen nur erst allmählich ab und zeigen in auf einander folgenden Jahren auch noch merkliche Schwankungen in den Erträgnissen, gerade so wie zur Zeit als noch reichlich gedüngt wurde. Auch wenn jedes Jahr ganz gleichmäßig gedüngt wird, giebt es fruchtbare und unfruchtbare Jahre und es kommt auch vor, dass auf einem ungedüngten Felde in einem fruchtbaren Jahre sogar mehr wächst als in einem unfruchtbaren auf einem gedüngten«. Zum Beweise, dass ein durch Abfälle des menschlichen Haushaltes während einer langen Zeit verunreinigter Boden nicht plötzlich rein werden kann, sondern auch bei der besten Kanalisation sich erst nach und nach von selbst reinigt, weist v. P. auf München hin, wo stetig die Schwankungen in der Typhusstatistik deutlich hervortreten und das ziffermäßige Fortschreiten der Assanirung hervorleuchtet. Das jährliche Ab- und Anschwellen in den Münchener Typhusperioden kann weder mit dem Typhuskeim an und für sich, noch mit der indivi-

duellen Disposition, noch mit Trinkwasser erklärt werden. Diese Dinge waren in München immer ziemlich gleich; die zeitliche Bewegung des Typhus ist beeinflusst von einem Wechsel des Feuchtigkeitsgehaltes des Bodens, der sich in München am deutlichsten in den Bewegungen des Grundwassers ausspricht; das Grundwasser an und für sich ist das unschuldigste Ding, es ist nur ein guter Anzeiger für die Wechsel der Feuchtigkeit und damit zusammenhängender Vorgänge in Bodenschichten, welche über ihm liegen; in dem allmählich reiner gewordenen Boden von München kann das Grundwasser jetzt auf- und abschwanken, wie es will, die Typhusfrequenz richtet sich nicht mehr nach ihm. Dass der Boden in Berlin, so weit die Kanalisation reicht, in den 14 Jahren noch nicht typhusrein geworden ist, scheine nicht wunderbar; auch nach der Epidemie von 1889 können möglicherweise in Berlin zeitweise wieder kleine Steigerungen der Typhusfrequenz, gerade wie es in München war, vorkommen, aber alle folgenden Steigerungen werden in dem gut kanalisirten Berlin immer kleiner werden und schließlich verschwindend klein, gerade wie in München, wo die Typhusfrequenz gegen früher um mindestens 80% zurückgegangen ist. Hand in Hand mit der Reinigung des Bodens geht die Austrocknung des Bodens von Berlin, weil jetzt alle Haus- und Gewerbewässer durch die Siele und Pumpstationen abgeführt werden; diese Austrocknung spielt ihrerseits eine bestimmte Rolle, welche ebenfalls aus den Münchener Tabellen erklärt wird.

Prior (Köln).

---

3. v. Dusch. Über Purpura.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 45.)

Zu der einfachen Form der Purpura, der Purpura simplex, bei welcher nur Blutungen in der Haut vorkommen, und der Purpura haemorrhagica oder Morbus maculosus Werlhofii, welche neben diesen Blutungen in der Haut Blutergüsse auf die Schleimhäute und in innere Organe auszeichnen, fügte Schönlein die Peliosis rheumatica, die durch das Auftreten von schmerzhaften Anschwellungen von Gelenken neben den Petechien charakterisirt ist; diese Form wurde von Henoch, welcher ihr den Namen Peliosis oder Purpura rheumatica gab, dahin erweitert, dass er neben der einfachen Purpura rheumatica eine schwerere beschreibt, welche außer den Gelenkaffektionen noch mit heftigen Darmerscheinungen, Koliken, Erbrechen, Blutungen des Darmtractus und anderer Organe, namentlich Nierenblutungen und hämorrhagischer Nephritis verbunden ist. v. D., welcher auf eine lange Erfahrung zurückblickt, fasst die Purpura simplex und die Purpura haemorrhagica als nur dem Grade nach verschiedene Formen des nämlichen Krankheitsprocesses auf, in Übereinstimmung mit den meisten neueren Autoren. Eine idiopathische Purpura simplex kommt nach ihm nur selten vor, er sah sie fast ausschließlich als sekundäre Erscheinung bei Kindern, welche an anderen Krankheiten, tiefgreifenden Ernährungsstörungen oder

konstitutionellen Kachexien litten. Während aber die Mehrzahl der Ärzte die Purpura rheumatica nur als eine besondere Varietät der Purpura simplex oder haemorrhagica auffasst, vertritt v. D. die Ansicht Henoch's, dass die Purpura rheumatica eine Erkrankung sui generis sei. Charakteristisch für diese Gruppe von Erkrankungen ist das Auftreten der Purpura in wiederholten, getrennten Schüben, zwischen denen die Pat. längere Zeit vollkommen wohl sein können, so dass auch der Name Purpura recurrens passen würde; die Flecke haben ihren Sitz vorzugsweise oder ausschließlich an den Extremitäten, namentlich den unteren; 3 Gruppen lassen sich hier unterscheiden: 1) Purpura mit Gelenkaffektionen; 2) Purpura mit heftigen Darmerscheinungen, vor Allem Koliken, Erbrechen, nicht selten mit Blut untermischt, blutige Stühle, ohne Gelenkaffektionen; 3) Purpura mit Gelenkaffektionen, Darmerscheinungen und sonstigen Blutungen. Die erste dieser drei Varietäten ist die leichteste, die letztere Form die schwerste, welche auch einen letalen Ausgang bedingen kann. Was das Wesen der Purpuraformen anlangt, so ist v. D. geneigt, anzunehmen, dass die Purpura haemorrhagica auf einer Alteration des Blutes beruhe, die Purpura rheumatica mit ihren verschiedenen Unterarten dagegen mit embolischen Vorgängen in Zusammenhang stehe; von Letzerich's Beobachtungen eines eigenen Bacillus, der in 3 Fällen von Purpura haemorrhagica gefunden wurde und in Reinkulturen bei Thieren den analogen Krankheitsprocess hervorrufen soll, hofft v. D. den Entscheid. **Prior** (Köln).

---

4. **G. Klemperer.** Über den Stoffwechsel und das Koma der Krebskranken. (Aus der 1. med. Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Leyden.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 40.)

Der Tod tritt unter den Erscheinungen des Koma nicht nur beim Diabetes, sondern noch bei einer Reihe anderer Erkrankungen, speciell auch beim Carcinom ein. Gemeinsam ist diesen nach den Ausführungen K.'s eine Anomalie des Stoffwechsels, eine abnorme Steigerung des Eiweißzerfalles.

K.'s Untersuchungen erstrecken sich auf 7 Carcinomfälle. Es wurde den Pat. eine bestimmte Kost verabfolgt und die Stickstoffaufnahme mit der Stickstoffausscheidung verglichen. In 5 von 7 Fällen war letztere größer als erstere. Das Körpergewicht nahm kontinuirlich ab und in einigen Fällen trat plötzlich das »Coma carcinomatosum« ein. Der Harn gab mehr oder weniger deutliche Eisenchloridreaktion, drehte schwach links, es ließ sich nach der Destillation mit Schwefelsäure im Destillat Krotonsäure nachweisen. Dem letzteren Befund misst K. mit Recht keine besondere Bedeutung bei, da er nur die Folge der Inanition sein kann.

K. macht nun folgenden Schluss: Da man bei Vergiftungen und schweren infektiösen Fiebern (»hier wissen wir, dass giftige

Stoffe im Blute kreisen«) eine vermehrte Stickstoffausscheidung findet, so ist die Annahme berechtigt, dass auch »im Blut des Krebskranken ein Giftstoff kreist, dass das Carcinom eine Intoxikationskrankheit darstellt«. Dasselbe Gift vermag in einzelnen Fällen den tödlichen Symptomenkomplex des Koma hervorzurufen. Auch die von anderen Autoren beobachtete Verminderung der Blutalkalescenz ist die Wirkung derselben toxischen Ursache.

Aus dieser Betrachtung leitet er den weiteren Schluss ab, dass auch das diabetische Koma durch die direkte Wirkung von Toxinen aufs Gehirn entstehe. »Der Säuregehalt des Blutes steht in zweiter Linie, mag derselbe noch so hoch sein. Nicht weil sein Blut sauer wird, verfällt der Diabetiker dem Koma, sondern sein Blut wird sauer, weil er komatös wird, weil die Anhäufung der Toxine eine Steigerung der Eiweißzersetzung zur Folge hat.«

F. Röhmann (Breslau).

---

5. **Stadelmann.** Klinisches und Experimentelles über Coma diabeticum und seine Behandlung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 46.)

S. giebt eine Übersicht über seine eigenen Erfahrungen über Coma diabetic. und über die Alkalibehandlung bei demselben, so wie über die einschlägige Litteratur und kommt zu folgenden Schlüssen: Das Coma diabeticum (als solches, von dem accidentellen Koma [Fall von Lépine] zu trennen) tritt nur bei Diabetikern auf, welche Oxybuttersäure im Harn nachweisen lassen. Fast gleichwerthig mit dem Nachweis der Oxybuttersäure ist die Ammoniakbestimmung im Harn, die viel leichter zu machen ist. Diabetiker mit einer Ammoniakausscheidung von mehr als 1,1 pro die sind in Gefahr, in den schweren Diabetes überzugehen. Diabetiker mit einer höheren Ammoniakausscheidung (2—4—6 und mehr Gramm) schweben stets in Gefahr, dem Coma diabeticum zu erliegen. Gelingt die Eisenchloridreaktion, so ist auch Oxybuttersäure im Harn vorhanden. Das Umgekehrte ist nicht immer der Fall, da es auch Fälle von Diabetes mellitus mit Oxybuttersäure, ja von Coma diabeticum ohne Eisenchloridreaktion im Harn giebt. Die schweren Diabetiker müssen einer strengen Fleischdiät unterzogen werden. Hat man Ursache, den Ausbruch des Koma bei einem Diabetiker zu fürchten, so sind Alkalien in größerer Menge zu geben. Bei ausgebrochenem Koma sollen reichliche intravenöse Injektionen von $1^1/_2$fach kohlensaurem Natron in physiologischer Kochsalzlösung gemacht werden. Mit der Infusion ist aufzuhören, sobald bedrohliche Erscheinungen sich einstellen. Subkutane Injektionen von kohlensaurem Natron sind zu verwerfen, weil sie sehr schmerzhaft sind und tiefer greifende Phlegmonen verursachen.

Seifert (Würzburg).

---

6. **W. Erb.** Über die Thomsen'sche Krankheit (Myotonia congenita).

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. Hft. 5 u. 6.)

Verf. referirt im Eingang seiner Arbeit kurz die seit seiner ersten Publikation im Jahre 1886 publicirten Fälle von Myotonie. Es sind das im Ganzen nur 7. Während die Autoren in fast allen Einzelheiten die von E. geschilderten Symptome bestätigten, ist es auffallend, dass keiner von ihnen die rhythmisch-wellenförmigen Kontraktionen bei stabiler Einwirkung des galvanischen Stromes auffinden konnte. Da E. diese eigenthümlichen Kontraktionen auch an seinen 5 neuen Fällen nachweisen konnte, so betrachtet er sie als eine konstante und also auch wohl pathognostische Erscheinung der Thomsen'schen Krankheit. Dass die anderen Autoren dieses Symptom nicht nachzuweisen vermochten, glaubt E. daraus herleiten zu müssen, dass es einerseits nicht mit der nöthigen Ausdauer gesucht, und dass andererseits nicht alle Hilfsmittel und Kunstgriffe von den Beobachtern angewendet worden sind, welche in schwierigeren Fällen das Phänomen zur Anschauung zu bringen geeignet sind. E. hat desshalb in den veröffentlichen Krankengeschichten diese Kunstgriffe, die bereits in der Monographie aufgeführt waren, nochmals kurz erwähnt. Im Übrigen sind die 5 neuen Fälle typische Vertreter der Krankheitsgattung.

In einem Nachtrage bringt E. noch 4 Fälle von 3 Autoren, die nach dem Abschluss der Arbeit E.'s publicirt worden sind. Bei allen diesen war das letztbesprochene Phänomen konstatirt worden. 2 Pat. boten noch das interessante Symptom dar, dass die Einwirkung von Kälte einen verschlimmernden Einfluss auf das Leiden ausübte.

A. Neisser (Berlin).

---

7. **A. Hiller.** Die Wirkungsweise der Seebäder. Zweite Auflage[1].

Berlin, **A. Hirschwald,** 1890.

Verf. beleuchtet die Wirkung des Seebades von zwei Seiten; im ersten Theile bespricht er die Wirkung des Seewasserbades, im zweiten die des Seeluftbades.

Im ersten Theile wird der Wärmegrad der Ost- und Nordsee besprochen; dann die Wirkung des kalten Seebades. Dabei kommt zunächst die Wärmeentziehung in Betracht, der Verf. nach Vergleich mit anderen Badeproceduren keine sehr große Bedeutung zumisst; dann der Nervenreiz, der eine starke Erregung der Gefühlsnerven der ganzen Körperoberfläche auslöst und durch allmähliche Gewöhnung an stärkere Hautreize den Körper abhärtet; wichtig ist die Wirkung des Kältereizes auf die glatten Muskeln der Haut und die willkürlichen Muskeln des Knochengerüstes, sie kontrahiren sich

[1] Zuerst erschienen in Zeitschrift für klin. Med. Supplement zum XVII. Bande, Festschrift zu E. Leyden's Jubiläum p. 257—307.

und bewirken dadurch Blutdrucksteigerung. Die tägliche Wiederholung dieses Vorganges kann man wohl ein »Turnen der glatten Muskelfasern« nennen. Aus der Blutdrucksteigerung ergiebt sich, dass eine gesunde Beschaffenheit der Adern und des Herzens Grundbedingung für den Gebrauch des Seebades ist. Kontraindikation sind Atherom, Sklerose, Aneurysma, Atrophie, Dilatation, fettige Entartung des Herzens, Fettherz. Nach dem Kältereiz tritt Erschlaffung und Erweiterung der Hautblutgefäße ein, es überkommt Einen das Gefühl von behaglicher Wärme, von deren Eintritt es abhängt, ob ein Bad gut bekommen hat oder nicht. — Offenbar wird der Kältereiz auch durch das verlängerte Mark auf innere Organe, Zwerchfell, Baucheingeweide, Blase, Milz übertragen, doch sind diese Wirkungen noch nicht hinreichend fixirt.

Nach Besprechung der Bestandtheile des Seewassers, seines Bewegungsgrades, der Dauer eines Seebades rekapitulirt Verf. wie folgt:

Von allen Eigenschaften eines Wasserbades ist demnach die erstgenannte, die Kälte des Seewassers (12—15° R.) für die Wirkung des Seebades die hervorragendste. Der Kältereiz des Seebades ist aber ein so bedeutender, dabei nicht abstufbarer, dass er nur eine beschränkte Anwendung zu Heilzwecken für Kranke gestattet, beschränkt sowohl nach der Jahreszeit, als auch nach der Eigenart des Kranken und der Krankheit. Die Nordsee- und Ostseebäder unterscheiden sich in dieser Beziehung nicht wesentlich, eigentlich nur dadurch, dass der Wärmegrad in den ersteren gleichmäßiger und weniger schwankend ist als in den letzteren, und dass die Badezeit, wenn man 12° R. als den für den Beginn zulässigen niedrigsten Grad betrachtet in den Nordseebädern im Allgemeinen später beginnt (Juli) als in den Ostseebädern (Juni), aber auch durchschnittlich länger dauert (Ende September) als in den letzteren (Ende August).

Der Salzgehalt des Seewassers, welcher in der Nordsee 3 bis 4mal stärker ist als in der Ostsee, beeinflusst die Wirkung des Seebades nur in so fern, als er die unmittelbare Nachwirkung desselben steigert. (Hautröthung, hervorgerufen durch den Reiz nach der Wasserabdunstung auf und in der Epidermis zurückbleibender Kochsalzkrystalle.)

Dagegen kommt der Salzgehalt zu weit höherer Geltung bei den warmen Seebädern, welche in ihren wesentlichen Eigenschaften (Wärme, Salzgehalt) von den Soolbädern nicht zu unterscheiden sind. Die Unterschiede in der Stärke der Soole zwischen Nordsee- und Ostseebädern so wie zwischen See- und stärkeren Soolbädern lassen sich Dank künstlichen Zusatzes von Seesalz zum Badewasser leicht ausgleichen.

Die stärkste Salzwirkung auf die Haut entfalten die warmen Soda-Seebäder bezw. Soda-Soolbäder mit einem Gehalte von 0,1% Soda. (Soda hat nämlich die Eigenschaft das der Haut anhaftende Fett zu verseifen, zu entfernen, und begünstigt dadurch das Eindringen des Kochsalzes in die oberste Epidermisschicht). Die

Bewegung des Seewassers, welche in der Nordsee stärker und beständiger ist als in der Ostsee, erhöht bezw. verlängert den Kältereiz des Seebades auf die Haut durch ununterbrochene Erneuerung des den Körper umspülenden Wassers. Die allgemein verbreitete Vorstellung von einer mechanischen Wirkung der Wellenbewegung ist unrichtig, mindestens stark übertrieben. Die Dauer des Seebades ist von der Willkür des Badenden abhängig, aber wegen der Stärke des Kältereizes gewöhnlich eine verhältnismäßig kurze, nach Minuten zählende, und die Anzahl der Bäder überhaupt eine beschränkte. —

Im zweiten Theile kommt die Wirkung des Seeluftbades zur Beschreibung, zunächst in Bezug auf den Wärmegrad. Während die Nordseebäder ein ausgesprochenes Seeklima mit nur ganz geringen täglichen durchschnittlichen Schwankungen (Juli 3,3°, August 3,7°, September 2,8° R.) haben, zeigen die Ostseebäder Küstenklima, das heißt ein Gemisch von See- und Landklima, je nach der Lage des Ortes und der vorherrschenden Windrichtung. Von den Bestandtheilen der Seeluft ist auf die relative Vermehrung des Sauerstoffes bei dem größeren Luftdrucke und auf den größeren Ozongehalt kein großes Gewicht zu legen; der Hauptvorzug ist die fast absolute Freiheit von Staub und Krankheitskeimen. Kochsalz konnte Verf. in der Luft nicht nachweisen. Von großer Bedeutung bei dem Aufenthalte an der See ist die Bewegung der Luft, die zunächst rein mechanisch durchlüftend auf Körper und Kleidung wirkt, dann durch die stete Erneuerung der uns umgebenden Luftschicht die Wärmeabgabe unserer Hautoberfläche vermehrt, mit der eine Vermehrung der Perspiratio insensibilis (Wasser, Kohlensäure, Ammoniak) Hand in Hand geht. Die gesteigerte Wärmeentziehung hat eine gesteigerte Wärmebildung im Körper zur Folge und vermehrte Nahrungsaufnahme, der bei den lebhaften Verbrennungsvorgängen keine Gewichtszunahme entspricht. Daraus leiten sich die Indikationen ab: bei Daniederliegen der Gesammternährung, der Blutbildung und des Wachsthums, so wie der Ernährung bestimmter Bestandtheile des Körpers, z. B. Knochen, Muskel, Nerven.

Dass bei diesen Vorzügen der Seeluft der Kranke den ganzen Tag im Freien verweilen, und des Nachts womöglich bei offenen Fenstern schlafen sollte, ist selbstverständlich. — Vergleichend und zusammenfassend schließt dann der Verf. mit der Bemerkung, dass die Ostseebäder bezüglich der Luftverhältnisse nur die Bedeutung von Sommerfrischen haben, allerdings mit dem Vorzuge verhältnismäßig niedrig temperirter, ziemlich staub- und keimfreier Luft. Wer nur körperliche und geistige Erholung wünsche, möge die freundlichen, meist anmuthig gelegenen, mit landschaftlichen Reizen ausgestatteten Orte aufsuchen; wer aber von einem Seebadaufenthalte außer Sommerfrische und Erholung bestimmte Heilwirkung der Seeluft auf seinen Körper, insbesondere auf Ernährung, Blutbildung, Nerven, Knochen, Haut, Schleimhäute und Lungen erwartet, der findet sie nur auf den Nordseeinseln. **A. Frey** (Baden-Baden).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **Löwit.** Über die Beziehung der weißen Blutkörperchen zur Blutgerinnung.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 469.)

Eine ausführliche Arbeit, die an den Leukocyten des Krebsblutes angestellt wurde und den Zweck hat, zu zeigen, wie der Zerfall von Leukocyten bei der Gerinnung in einer Reihe differenter Processe vor sich geht. Das Erste, was auftritt, und zwar schon vor der Gerinnung, ist der Austritt kleinster Körnchen aus dem Protoplasma, wodurch sich die Zelle verkleinert. Verf. nennt diesen Vorgang »Plasmoschise«. Diesen Vorgang hält Verf. für die Hauptsache bei der Gerinnung, wobei es weiterhin dann gleichgültig ist, ob die Blutkörperchen absterben, zerfallen oder verschwinden. Ob die Leukocyten des Säugethierblutes sich ähnlich verhalten, ist vor der Hand noch fraglich. **Hansemann** (Berlin).

9. **Foà.** Beitrag zum Studium der Struktur der rothen Blutkörperchen der Säugethiere.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 253.)

An rothen Blutkörperchen, die in der verschiedensten Weise behandelt waren, ließen sich zuweilen Körner oder netzförmige Gebilde färben. Einmal zeigten sich Formen, die große Ähnlichkeit mit den Gaule'schen Würmchen hatten. Von den Methoden sei hier nur eine als Beispiel erwähnt: Ein Tropfen frisches Blut wird auf erstarrtes Agar-Agar in einer Eprouvette ausgebreitet, darauf 24—48 Stunden bei einer Temperatur von 30° gehalten. Dann wurde die Blutschicht, in der keine Bakterien gewachsen waren, mit einer Platinnadel abgehoben, auf einem Deckglas ausgebreitet, einmal durch die Flamme gezogen und dann mit Methylenblau und Chromsäure behandelt — dann wurden in der Mitte des Körperchens einige gefärbte Körnchen sichtbar (!). **Hansemann** (Berlin).

10. **P. Foà und T. Carbone.** Beiträge zur Histologie und Physiopathologie der Milz der Säugethiere.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 227.)

Verff. unterscheiden in der Milz außer den Endothelialzellen 12 verschiedene Arten von Zellen, die für die Blutbereitung eine mehr oder weniger wichtige Rolle spielen sollen. Die Zellen werden hauptsächlich nach der Farbenreaktion unterschieden, die dieselben nach ziemlich komplicirter Behandlung geben. Es ist unmöglich, sich in der Arbeit zurechtzufinden, was von dem Mitgetheilten bereits Bekanntes schildert und was neue Befunde darstellt. **Hansemann** (Berlin).

11. **Neumann** (Königsberg). Über den Entzündungsbegriff.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 345.)

N. theilt die durch die Entzündungsursache direkt hervorgerufene Schädigung ein in den »Primäreffekt« und die »sekundären Störungen«, die dann durch die »Reaktion« beseitigt werden. Diese letztere ist die »Entzündung« des Verf. Er weist nun nach, dass dieser »Entzündung« stets eine Laesio continui der Gewebe, meist eine Nekrose vorangeht. Die Entzündung ist dann der die Heilung dieser Defekte bezweckende Vorgang. Es wird auf diese Weise die Entzündung mit der Regeneration fast identificirt und ein principieller Unterschied zwischen beiden kaum mehr gemacht, so dass man zum Schluss gar nicht mehr einsieht, warum der Verf. die Regeneration degenerirter, nicht nekrotischer Theile, die doch auch sehr zweckdienlich ist, nicht auch zur Entzündung rechnen will. Die parenchymatösen Entzündungen, diejenigen, die ohne irgend welche Proliferationen einhergehen und ohne dieselben heilen können, sind in diesem Begriff der Entzündung schwer unterzubringen; wenn Ref. den Verf. recht versteht, so würde er dieselben zu den »Primäreffekten« rechnen. **Hansemann** (Berlin).

12. **G. Hoppe-Seyler.** Über die Zusammensetzung der bei Pneumothorax vorhandenen Gase.

(Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XLVI. p. 105.)

Verf. untersuchte bei 4 Fällen von Pneumothorax die Zusammensetzung der vorhandenen Gase. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um Pneumothorax bei Phthisis. Bei dem ersten Pat. wurde niemals Sauerstoff gefunden, die Kohlensäuremenge war größer, als bei dem zweiten, obwohl Fäulnis nicht bestand. Bei dem zweiten Pat. war nur in der ersten Portion des 2 Tage vor dem Tode entleerten Gases ein Fehlen des Sauerstoffs zu konstatiren, während sonst immer noch Sauerstoff in Mengen von mehreren Procenten vorhanden war. Im ersten Falle handelte es sich um einen schon längere Zeit bestehenden Pneumothorax, im zweiten um einen Ventilpneumothorax mit geringem Exsudat.

Der dritte Fall betraf einen geschlossenen Pneumothorax, welcher durch Eindringen von Luft von außen her in die Pleura entstanden war nach einer Empyemoperation. Die Kohlensäuremenge war bedeutend größer, als bei den Phthisikern, Sauerstoff fand sich nur in geringer Menge vor.

Im vierten Falle handelte es sich um Durchbruch eines putriden Lungenabscesses in ein pleuritisches Exsudat. Die Untersuchung ergab eine starke Vermehrung der Kohlensäure, außerdem Wasserstoff, kein Sauerstoff.

Die Verschiedenheit der Zusammensetzung der Gasgemische leitet Verf. hauptsächlich von der Lebensthätigkeit der umgebenden Gewebe und der etwa in der Pleurahöhle vorhandenen Mikroorganismen ab. **Peiper** (Greifswald).

13. **Ugolino Mosso.** Quantitative Untersuchungen über die Ausscheidung der Salicylsäure und der Umwandlungsprodukte des Benzylamins aus dem thierischen Organismus. (Arbeiten aus dem Labor. für exp. Pharmak. zu Straßburg.)

(Archiv für exp. Pathologie Bd. XXVI. Hft. 3 u. 4. p. 267.)

Nach den mitgetheilten Versuchen wird die Salicylsäure im Organismus des Menschen und Hundes nicht zerstört, sondern zum bei Weitem größten Theile als Salicylsäure bez. Salicylursäure im Harne wiedergefunden.

Gefüttertes Benzylamin wurde zu 91,2% in Hippursäure übergeführt, während gleichzeitig nach den Untersuchungen Schmiedeberg's ein Theil unverändert in den Harn übergeht.

M. schließt aus diesen Versuchen, dass der Benzolkern im Organismus durch die rein vitale Oxydation nicht zerstört wird. **F. Röhmann** (Breslau).

14. **Fawitzky.** Über den Stickstoffumsatz bei Lebercirrhose, so wie über den Ammoniakgehalt und den Aciditätsgrad des Harnes bei derselben Krankheit.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. p. 429.)

F. hat bei 6 Pat. sehr sorgfältige Untersuchungen angestellt, die zu folgenden Ergebnissen führten: Der Stickstoffumsatz in Procentgehalt ausgedrückt nähert sich sehr den Zahlen, die für den gesunden Menschen bei gemischter Kost angegeben werden. Die Assimilation des N der Nahrung war vollkommen befriedigend, trotz der Stauung in den Kapillaren des Darmtractus; im Durchschnitt betrug sie 84—94% des eingeführten Stickstoffs der Nahrung. Die tägliche Harnstoffmenge schwankte sehr innerhalb weiter Grenzen, zwischen 14—45 g. Meist betrug dieselbe 25—30 g. Auch die Quantität der ausgeschiedenen Harnsäure bewegte sich innerhalb weiter Grenzen. Das Maximum betrug etwas über 2 g, das Minimum 0,5 pro die. Die absolute Stickstoffmenge der Extraktivstoffe machte im Mittel 1,3—1,5 g täglich aus, erreichte nur selten 3 g. Ammoniak wurde sowohl relativ als absolut mehr als normal ausgeschieden. **Peiper** (Greifswald).

15. **Byron** (New York). A case of actinomycosis in man.

(New York med. journ. 1889. December 28. p. 716.)

Ein junger Mann erkrankte unter allen physikalischen Symptomen eines Empyems; in dem mit einer Spritze aus der Pleurahöhle entleerten Eiter fanden sich hirsekorngroße, gelbweiße Körnchen, die sich bei mikroskopischer Untersuchung als Strahlenpilzkolben erwiesen. Zur Entleerung des Empyems und womöglich der Entfernung des Sitzes der Aktinomykose wurde ein Theil der 7. Rippe resecirt und die Brusthöhle drainirt; mit dieser Drainage entzog sich Pat. der Behandlung. Über die Art und Weise der Infektion verlautet nichts.

Prior (Köln).

16. **Proby.** Note sur trois cas de pneumonie pour servir à l'histoire de la contagion de cette maladie.

(Lyon méd. 1889. No. 40.)

P. berichtet über 3 Fälle von Pneumonie, welche durch Kontagion unzweifelhaft entstanden sind. Es handelt sich um 3 Bäckergesellen, welche in ein und demselben Bette innerhalb 6 Tagen geschlafen hatten. Der Ersterkrankte erkrankte am 15. December und wurde am 16. in das Hospital gebracht. Der zweite Geselle, welcher mit dem Ersterkrankten in der Nacht vom 15.—16. December in demselben Bett geschlafen hatte, erkrankte am 17. December und schlief vom 17.—18. December mit dem frisch eintretenden dritten Gesellen wiederum eine Nacht in einem Bett. Auch der dritte Geselle erkrankte und zwar am 20. December gegen Mittag.

Abgesehen von der Kontagion ist der 2. und 3. Fall dadurch noch interessant, dass die Bestimmung der Inkubationszeit möglich war. Dieselbe betrug im 2. Falle genau 48, im 3. Falle ca. 30 Stunden. Der 2. und 3. Fall waren in ihrem Verlauf sehr schwer, im 2. Falle erfolgte der Exitus letalis. **Peiper** (Greifswald).

17. **Bartels.** Ikterus bei perniciöser Anämie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43.)

Bei einer 51jährigen an apathischem Blödsinn leidenden Frau traten die Erscheinungen hochgradiger Anämie auf, der sich nach einem halben Jahre Zeichen von Ikterus hinzugesellten. Die Untersuchung ergab das Bestehen eines Herzfehlers und einer mäßigen Lebervergrößerung; bei der Blutuntersuchung wurde eine ausgesprochene Poikilocytose konstatirt. Unter den Erscheinungen eines hochgradigen Marasmus erfolgte der Exitus letalis. Verf. ist der Ansicht, dass der Ikterus als hämatogen und nicht als hepatogen im vorliegenden Falle aufzufassen sei, da die Sektion keine wesentliche Veränderung der Leber ergab.

Peiper (Greifswald).

18. **G. Klein.** Zur Ätiologie der Aneurysmen der Pars membranacea septi ventriculorum cordis und deren Ruptur.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. p. 57.)

Der Fall, an den sich die Betrachtungen des Verf. anschließen, betrifft eine 32jährige Frau, die früher syphilitisch war. Sie hatte zweimal geboren, einmal abortirt. Die Herzkrankheit äußerte sich seit 4 Monaten. Die Auskultation ergab unbestimmte Symptome, die eine sichere Diagnose nicht zuließen. Der Sektionsbefund ergab ein halbwalnussgroßes Aneurysma der Pars membranacea mit Durchbruch nach dem rechten Vorhof. Aus der Art des Befundes schließt Verf., dass für die vorliegenden Aneurysmen die Arteriosklerose und Atheromatose ätiologisch wichtig sind. Zum Schluss ausführliche Litteraturangabe.

Hansemann (Berlin).

19. **Held.** Zur Kenntnis der glatten weißen Schrumpfniere.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. VI. p. 131.)

Der Arbeit liegt die Untersuchung eines Falles von glatter weißer Schrumpfniere zu Grunde. Der Beginn der Erkrankung der 18jährigen Pat. ist auf eine

Peliosis rheumatica und auf ein Erysipel zurückzuführen. Die Resultate, zu denen der Verf. kommen zu dürfen glaubt, sind:

1) Die große weiße Niere kann unter gewissen Umständen in Schrumpfung übergehen.

2) Die Schrumpfung wird höchst wahrscheinlich entsprechend der von Anfang an diffusen Erkrankung immer eine gleichmäßige sein und wird die Niere daher ein glattes oder nur schwach granulirtes Aussehen darbieten.

An der histologischen Darstellung der Epithelveränderungen ist sehr viel auszusetzen, was vielleicht zum größten Theil daran liegt, dass die Härtung in Alkohol, die allein zur Anwendung kam, zur Erhaltung der Epithelien in der Niere ganz ungeeignet ist. Eine andere Untersuchungsmethode hat nicht stattgefunden. Die Litteratur scheint dem Verf. nur zum kleinsten Theil bekannt gewesen zu sein.

Hansemann (Berlin).

20. **Kast und v. Recklinghausen.** Ein Fall von Enchondrom mit ungewöhnlicher Multiplikation.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. p. 1.)

Der betr. Pat. hatte am ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes, Geschwülste von harter Konsistenz, nur einige waren weich. Am meisten ergriffen waren die Extremitäten und von diesen wieder besonders die rechte Hand. Die beigegebene Tafel nach einer Zeichnung des Herrn K. giebt ein Bild von der Verunstaltung des Körpers. Die rechte Hand wurde 7 cm über dem Handgelenk amputirt und wog 3475 g. Von der Größe kann man sich eine Vorstellung machen, wenn man erfährt, dass die Länge des Mittelfingers 22, der größte Umfang desselben 29 cm betrug.

Die anatomische Untersuchung ergab: »Multiple Enchondrome der Knochen in Verbindung mit multiplen phlebogenen kavernösen Angiomen der bedeckenden Weichtheile«.

Hansemann (Berlin).

21. **Freudenthal** (New York). On the connection of chronic diseases of the upper air-passages with abdominal hernia.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Oktober 5.)

Statistische und eigene Beobachtungen geben Aufschluss darüber, wie häufig Katarrhe der Nase und des Halses durch den fortwährenden oder häufigen Hustenreiz den Anlass zu Hernien geben. Von 500 Leuten, welche mit einer Hernie behaftet waren, litten 143 zu gleicher Zeit an heftigen und tiefgreifenden Erkrankungen der ersten Luftwege, so dass eine specielle Behandlung dringend erforderlich war. Unter ungefähr 80 Mitgliedern einer Familie, welche fast sämmtlich an Störungen der Nase und des Rachens litten, fanden sich Hernien in einem Drittel der Zahl. Wo Erkrankungen der Nase selten sind, da finden sich auch selten Hernien; so fanden sich bei 121 Indianern weder Hernien noch Nasenkatarrhe. Weil nun die Vereinigten Staaten das Land der Nasenerkrankungen *κατ' ἐξοχήν* sind, erscheinen unter 1000 zum Militärdienst Ausgemusterten 50 junge Leute mit Hernien; in Frankreich sind 22,89, in Italien 16,61, in Österreich-Ungarn 14,09, und in Deutschland 14,0 auf 1000. Die Berechnungen beruhen vorwiegend auf amtlichen Angaben. Schwere körperliche Arbeit, Bergesteigen, Heben schwerer Lasten schaffen nie die Prädisposition für Hernien, vielmehr nur Beschäftigungen, welche zu Nasen-Rachenkatarrhen die Veranlassung geben. Bei Frauen finden sich Hernien viel seltener, weil beim Husten und Räuspern der intraabdominelle Druck nicht so groß sein soll, als bei Männern, für welch letztere Annahme F. den Beweis schuldig bleibt.

Prior (Köln).

22. v. **Noorden.** Über die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkranken. (Aus der Klinik des Herrn Geheimrath Gerhardt.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Für die weitere Verarbeitung der Fette und Kohlehydrate im Darm ist es wohl ziemlich belanglos, ob sie vorher einen Magen mit normaler oder krankhafter Salzsäurereaktion, ob mit viel oder wenig Pepsin und Lab passirt haben; anders ist es mit dem

Eiweiß, auf welches der specifische Magensaft seinen Einfluss ausübt, und welches schon zum Theil im Magen selbst zur Resorption kommt. Was wird aus den Eiweißkörpern, wenn im Magen gar keine oder nur eine höchst ungenügende Wirkung auf sie geübt wird, was wird aus ihnen, wenn sie in den Darm gelangen? Diese Frage legt sich v. N. vor, er beantwortet sie in klarer Weise. Zur Prüfung benutzte er 3 Pat., bei welchen die Salzsäuresekretion so schwer danieder lag, dass von einer wirksamen Magenverdauung keine Rede sein konnte, bei denen aber die Fortschaffung des Mageninhaltes in den Versuchen eine prompte war; zwei Fälle, von denen einer aus der Riegel'schen Klinik herrührt, sind ausführlich mit den Analysen der Einnahmen und Ausgaben belegt, der 3. Fall, welcher während des Druckes noch hinzukam, giebt kurz das gefundene Resultat. Aus den sorgfältig ausgeführten Studien geht mit Sicherheit hervor, dass bei völligem Versiegen der Salzsäureabscheidung im Magen, also unter Verhältnissen, welche einer Ausschaltung der Magenverdauung gleichkommen, dennoch die Zerlegung und Resorption der Nahrung, und zwar auch der Eiweißkörper, in völlig ausreichender Weise sich vollziehen kann. Mit Recht warnt v. N. davor, anzunehmen, dass dieses unter allen Umständen nun der Fall sein müsse; ganz ausgeschlossen sind diejenigen Fälle, in welchen mit der Anacidität des Magens sich eine motorische Insufficienz verbindet oder wo es sich um Komplikationen mit Darmerkrankungen handelt; auch lassen sich die obigen Befunde einstweilen nur auf die sehr einfache, stickstoffhaltige Nahrung (Milch, Ei, Weißbrot und rohes Fleisch) anwenden; für die mannigfach zusammengesetzte Kost ist der Nachweis noch ausstehend, ob der Darm ein wirksamer Stellvertreter des Magens sein kann. Ein Fall von Hyperacidität und Hypersekretion des Magensaftes, in welchem ebenfalls mit zuverlässigster Genauigkeit sämmtliche Bestimmungen ausgeführt wurden, veranschaulicht die gute Ausnutzung der Nahrungsmittel bei dieser Erkrankung.

Prior (Köln).

23. **A. Kirchberg** und **F. Marchand.** Über die sogenannte fötale Rachitis.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 185.)

Ein Fall dieser Art wird genau beschrieben und sowohl das makroskopische als mikroskopische Verhalten der einzelnen Theile ausführlich mitgetheilt. Auf Grund dieser Untersuchungen schließen sich die Verff. der Ansicht an, dass die Affektion mit der Rachitis nichts gemein hat. Sie möchten sie aber auch vom Kretinismus getrennt wissen und schlagen desshalb den Namen »Mikromelia pseudorachitica« vor, mit dem besonderen Zusatz für ihren Fall: »chondromalacica«, weil sich die Knorpel in einem Zustand gallertiger Erweichung befanden.

Hansemann (Berlin).

24. **R. Schattenberg.** Über einen umfangreichen porencephalischen Defekt des Gehirns bei einem Erwachsenen. (Aus dem pathologischen Institut zu Marburg.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 121.)

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, dass der Pat. das verhältnismäßig hohe Alter von 57 Jahren erreichte und geistige Fähigkeiten besaß, die man nach der Größe des Defektes zu urtheilen kaum für möglich gehalten hatte. Der Beschreibung des Falles folgt eine ausführliche Besprechung der Litteratur.

Hansemann (Berlin).

25. **C. Nauwerck** und **W. Barth.** Zur pathologischen Anatomie der Landry'schen Lähmung.

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. V. p. 1.)

Nach sehr breiter Litteraturbesprechung berichten die Verff. einen einschlägigen Fall, der klinisch in typischer Weise verlief. Eine besondere Ätiologie war nicht nachzuweisen. Die mikroskopische Untersuchung der Organe ergab eine erhebliche Veränderung nur in den Nerven der Cauda equina, den Ischiadici und

an den vorderen und hinteren Wurzeln des Lendenmarkes, des Brust- und Halsmarkes. An allen diesen Stellen fand sich eine starke kleinzellige Infiltration, an der sich sowohl Leukocyten als auch Perineurium betheiligten. Fettkörnchenkugeln wurden nicht nachgewiesen. Die Nerven des Oberarmes, die bulbären Nervenwurzeln, so wie das ganze Rückenmark selbst erwiesen sich als intakt.

Hansemann (Berlin).

26. **R. v. Jaksch** (Prag). Über Tetanie.

(Originalbericht nach einem Vortrage in der Sitzung des Centralvereins deutscher Ärzte in Böhmen am 13. December 1889.)

(Internationale klin. Rundschau 1889. No. 51.)

Nach v. J. finden sich bei der Tetanie, unter deren Symptomenbildern sich öfters andere Affektionen darbieten, außer der bekannten Symptomentrias Parästhesien und die Krämpfe überdauernde, intensive Schmerzen in den Extremitäten. Auch fand v. J. in seinen 41 Fällen die unteren Extremitäten häufiger, als den bisherigen Annahmen entspräche, ergriffen und die Streckkrämpfe in dem Extensor quadriceps cruris lokalisirt. Es handelte sich meist um 17—18 Jahre alte Leute und in 25% um Schuster. Gewisse Beschäftigungen disponiren eben zur Tetanie. In 9 von 35 Fällen begann und verlief die als akute, recidivirende Form zu bezeichnende Erkrankung — sie trat vorwiegend im März und bei schon einmal Befallenen auf — mit Fieber und dauerte ca. 6 Tage. In einer zweiten Gruppe, zu welcher die nach Kropfexstirpationen und die während Laktation und Puerperium vorkommenden Fälle gehören, war die Krankheit weniger intensiv, die Dauer eine monatelange und die Temperatur normal bis subnormal. In einem der 3. Gruppe v. J.'s angehörigen Falle war die Tetanie ein cerebrales Reizsymptom (Stauungspapille).

K. Bettelheim (Wien).

27. **Dehio.** Über die Erkrankung der peripheren Nerven bei der Lepra.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Verf. untersuchte einen Fall der sog. anästhetischen Form der Lepra, bei der es sich nach dem pathologischen Befunde um eine ganz allmähliche von der Peripherie zum Centrum aufsteigende Degeneration der Nervenfasern und ganzer Nervenäste handelte, auf die klinischen Erscheinungen und vermochte die nur von Schultze bisher an 3 Fällen beobachteten Symptome ganz zu bestätigen. In Gemeinschaft mit von Sass fand Verf. speciell an den Händen eine atrophische Parese wesentlich im Gebiete der M. interossei und an den Abduktoren der beiden kleinen Finger. In den paretischen Muskeln ließen sich die verschiedenen Grade und Arten der partiellen Entartungsreaktion nachweisen; in einzelnen der genannten Muskeln auch fibrilläre Zuckungen. Gleichzeitig bestand Herabsetzung der Sensibilität, welche alle Gefühlsqualitäten ziemlich gleichmäßig betraf, vorwiegend die Gebiete beider Nn. ulnares. Daneben waren auch sensible Reizerscheinungen, Formikationen, schießende Schmerzen und tiefe Druckempfindlichkeit vorhanden. Dass es sich demnach um eine degenerative Atrophie der die Haut und die Muskeln der Hände versorgenden Leitungsbahnen handelte, unterliegt keinem Zweifel. Das Wesen des Krankheitsprocesses bezeichnet D. als eine multiple, chronische, degenerative Neuritis ascendens leprosa.

Peiper (Greifswald).

28. **Gibney** (New York). The mechanical treatment of drop-wrist and allied paralysis.

(Med. record 1889. November 2.)

G. beschreibt einen Fall von chronischer Bleilähmung der Unterarme, in welchem nach vielen sonstigen therapeutischen Eingriffen, welche sich als machtlos erwiesen, die Heilung durch mehrwöchentliche Hyperextension der Hände und Finger erzielt wurde: die Heilung war vollkommen und dauernd. G. lernte diese Behandlungsmethode durch Hugh Owen Thomas in Liverpool kennen, welcher sie für die beste aller hält; über die Anwendung dieser Vorrichtung bei Hemiplegie wird G. später berichten.

Prior (Köln).

29. **Engster.** Beiträge zur Ätiologie und Therapie der primären Pleuritis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. p. 189 u. 441.)

Verf. hat die in den Jahren 1878—1887 auf der Züricher medicinischen Klinik von Eichhorst behandelten 163 primären Pleuritiden in der vorliegenden Arbeit zusammengestellt und sie in Bezug auf Ätiologie und Therapie einer kritischen Besprechung unterzogen. Es ergab sich, dass die Pleuritis gleich einer Infektionskrankheit sehr oft gehäuft auftritt, ihr Maximum in den Monaten Januar und April erreicht. Vorzugsweise spielen in der Ätiologie eine Hauptrolle Erkältungen, Überanstrengungen, Traumen; in 18 Fällen hatten früher Pleuritiden, 16mal Pneumonien bestanden. Besonders stark war das männliche Geschlecht unter den Erkrankten (129) vertreten, vor Allem die Berufsklassen, welche sich oft den Unbilden der Witterung aussetzen müssen.

Meist war der Erguss ein seröser, in 8 Fällen von Anfang an eitrig, in keinem Falle hämorrhagisch. In 84 Fällen lag eine Pleuritis dextra, in 73 Fällen eine Pleuritis sinistra, in 6 Fällen eine Pleuritis duplex vor. Unter 16 trockenen Pleuritiden befand sich eine Pleuritis diaphragmatica. Bei 65 linksseitigen Pleuraexsudaten war das Herz 33mal nach rechts, bei 76 rechtsseitigen Exsudaten 16mal die Herzdämpfung nach links verdrängt.

In Bezug auf die Therapie macht Verf. folgende interessante Angaben: Diejenigen Fälle, bei denen das Exsudat theilweise durch die Punktion entfernt worden war, nahmen bis zur vollständigen Heilung die größte Zeit in Anspruch; allerdings handelte es sich in mehr als der Hälfte der Fälle, in denen die Punktion vorgenommen wurde, um große Exsudate, während nach den anderen Behandlungsmethoden nur 4 große Exsudate in Betracht kommen. Unter den Fällen, in denen keine Punktion ausgeführt wurde, gelangten am spätesten zur Heilung (in 57,5 Tagen) die Kranken, welche entweder nur roborirend oder nur mit Kochsalz behandelt worden waren, nämlich erst in 51 und 50 Tagen. Waren den Pat. nur verschiedene Diuretica verabreicht worden, so betrug die Zeit bis zur vollkommenen Heilung 44 Tage, also bedeutend geringer als bei den beiden erwähnten Gruppen, obwohl sich 2 große Exsudate darunter befanden. Nur 35,5 Tage beanspruchten diejenigen Exsudate, bei denen konsequent Salicylsäure verabreicht worden war; freilich handelte es sich hier auch meist um kleinere Exsudate.

Peiper (Greifswald).

30. **Camman** (New York). Some cases treated with hydrogen peroxide.

(Med. record 1889. November 2.)

18 Fälle chronischer Lungenkrankheiten, welche 11mal chronische Bronchitis, 5mal Emphysem und der Rest pleuritische Schwarten und Phthisen umfassten und 1 Fall von Keuchhusten wurden mit Wasserstoffsuperoxyd behandelt und zwar im Durchschnitt 31 Tage lang. Der Husten besserte sich bei allen Pat., der Auswurf nahm bei fast allen bedeutend ab, in 1 Falle blieb er unbeeinflusst und in einem anderen Falle nahm er zu; die Dyspnoe nahm durchgehends rasch und erheblich ab, eine eklatante Besserung oder Heilung kam nicht zu Stande, nur in dem Falle mit Keuchhusten war in 4—5 Tagen der Husten gänzlich verschwunden und am 9. Tage vollständig das Kind genesen.

Prior (Köln).

31. **M. François.** Note sur l'emploi des inhalations d'acide Fluorhydrique dans le traitement de la phthise pulmonaire.

(Arch. méd. belges 1889. November.)

F. hat bei 3 Phthisikern Inhalationen von Fluorwasserstoffsäure in Anwendung gezogen, welche ohne Nachtheil vertragen wurden, nur (!) ein Pat. bekam eine 24stündige Hämoptoe während der Inhalationen. Das Fieber und die Nachtschweiße verminderten sich oder verschwanden, eben so nahm die Menge des Sputums ab, welches mehr schleimig wurde. Der Appetit der Kranken hob sich, das Körpergewicht nahm zu. Eine Abnahme der Bacillen im Sputum konnte F. nicht konstatiren.

Peiper (Greifswald).

32. **Möser.** Beobachtungen bei der Anwendung des Weigert'schen Heißluftapparates bei der Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Verf. wandte die Heißluftinhalationen bei ca. 20 Pat. an, die an Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes litten. Bei den Pat. mit einfachem Spitzenkatarrh, wie in vorgeschritteneren Fällen trat zwar eine Abnahme des Auswurfes und der Bacillen ein, jedoch änderten sich die physikalischen Symptome in keiner Weise trotz 4—10wöchentlicher Behandlung. In den vorgeschrittenen Fällen griff das Verfahren die Pat. in hohem Grade an. Bei 2 mit größeren Kavernen behafteten Pat. erfolgte eine direkte Verschlimmerung des Zustandes. Im Gegensatz zu diesem negativen Befunde bei der Behandlung der Lunge konnte eine ziemlich günstige Einwirkung der Inhalationen auf Ulcerationen des Larynx und der Trachea nachgewiesen werden und zwar sowohl bei tuberkulösen als syphilitischen Geschwüren. Selbst ausgedehnte tuberkulöse Geschwüre des Larynx verkleinerten sich in kurzer Zeit und heilten sogar völlig, während vorher sämmtliche andere Mittel ohne Erfolg geblieben waren. **Peiper** (Greifswald).

33. **Schellong.** Bemerkungen zur medikamentösen Behandlung des Malariafiebers.

(Therapeutische Monatshefte 1889. December.)

Verf. untersuchte zwei als Ersatz für Chinin empfohlene Medikamente, das pikrinsaure Ammoniak und die Warburg'sche Tinktur, an mehreren Fällen von Malaria. Von ersterem sah er nur in einigen wenigen Fällen eine geringe Wirkung, wenigstens in so fern die Fieberanfälle längere Zeit (bei Melanesiern, nicht bei Europäern) ausblieben; die Wirkung des Chinin wurde damit nicht annähernd erzielt. Dasselbe gilt von der Warburg'schen Tinktur, deren ganzer Einfluss übrigens lediglich auf ihren Chiningehalt zurückzuführen ist. Mit Recht macht S. darauf aufmerksam, dass leichte Malariafälle auch ohne Chiningebrauch spontan vollständig heilen können, so dass die höchst zweifelhaften und geringen Erfolge der genannten Mittel nur als scheinbare bezeichnet werden können.

Rosin (Breslau).

34. **Rachford** (New Port). A case of Diabetes mellitus in a child five years old.

(New York med. journ. 1889. December 7.)

Diabetes im frühen Kindesalter ist selten. Die kleine Pat., von welcher die Krankengeschichte spricht, hatte abzumagern angefangen, so wie an Kraft zu verlieren, bis nach 3 Monaten der ungewöhnlich große Durst und das Hungergefühl, die Harnmenge den Verdacht auf Diabetes mellitus rege werden ließen. Die Harnmenge betrug täglich 6—7 Quart, wasserhell, mit 1035 spec. Gewicht. Die Behandlung bestand in diabetischer Diät und Ergotin ohne Erfolg, so dass das Kind nach kaum 3monatlichem Kranksein an zunehmender allgemeiner Schwäche zu Grunde ging. Eine Sektion wurde nicht gemacht. **Prior** (Köln).

35. **Pollatschek.** Der Alkohol in der Diät des Diabetes mellitus.

(Gyógyászat 1889. No. 19. — Pester med.-chir. Presse 1889. No. 22.)

P. fand, dass bei der leichten Form von Diabetes, bei welcher nach Ausschluss der Kohlehydrate aus der Nahrung auch die Zuckerausscheidung aufhört, nach dem Genusse von Alkoholicis, die keinen Zucker oder nur solche Zuckerarten enthielten, die auch vom Diabetiker assimilirt zu werden scheinen, mit selbst empfindlichen Proben kein Zucker im Harne nachzuweisen war. Bei der schwereren Form ließ sich bei der ambulatorischen Behandlung eine genaue Kontrolle für geringfügige Vermehrung oder Verminderung der Zuckerausscheidung nicht innehalten. P. vermag trotzdem wegen der deletären Folgen des Alkoholmissbrauches die Anwendung von großen Mengen Alkohols nicht zu empfehlen. Wenn auch individuell verschieden, schienen im Allgemeinen die meisten Diabetiker große Mengen Alkohol nur schwer zu vertragen. **Peiper** (Greifswald).

36. **Öhlkers.** Ein Fall von Katalepsie in der Chloroformnarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Bei einer 10jährigen Pat. wurde behufs Spaltung eines Abscesses der linken Wange die Chloroformnarkose eingeleitet. Nach wenigen Minuten trat die Narkose ohne Excitationserscheinungen ein. Nach Vollendung der Operation trat bei dem Kinde ein kataleptischer Zustand ein, der 20 Minuten anhielt. Nach dem Verschwinden desselben dauerte die Narkose noch 6 Minuten. Darauf völliges Wohlbefinden. **Peiper** (Greifswald).

37. **V. Lange** (Kopenhagen). Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Tannin bei äußerlichem Gebrauche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

L. pinselte wegen eines chronischen Nasen- und Rachenkatarrhs einem Pat. den Rachen mit einer Tanninlösung 1 : 15. Unmittelbar nach der Pinselung entstand eine starke Anschwellung der Schleimhaut, eine vollständige Verstopfung der Nase und eine beträchtliche wässerige Sekretion. Bei der Untersuchung fand sich ein großes Ödem des weichen Gaumens und der Uvula, die dem Zungenrücken anlag. Eine Stunde später stellte sich eine leichte Benommenheit des Sensoriums und ein unerträgliches Jucken auf dem ganzen Körper ein; es entwickelte sich ein Urticariaexanthem. Nach 24 Stunden waren fast sämmtliche Erscheinungen verschwunden. Pat. giebt an, dieselben Erscheinungen schon zweimal nach Tanninpinselungen bei sich beobachtet zu haben. **Peiper** (Greifswald).

38. **Mosler.** Über Pemphigus chronicus malignus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

M. berichtet über einen sehr interessanten Fall von Pemphigus. Das Leiden hatte bei der 39jährigen Pat. 4 Jahre zuvor begonnen als Pemphigus der Schleimhaut des Gaumens, der Zunge, der Lippen, ohne dass gleichzeitig auf der äußeren Haut der Process zum Vorschein kam. Erst nach jahrelangem Bestande begann sich das Leiden auch auf den äußeren Bedeckungen zu zeigen und breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus. Nach vorübergehender Besserung erfolgte ein beträchtliches Recidiv unter Fiebererscheinungen und gleichzeitigem Verfall der Kräfte. Der Tod erfolgte schließlich unter den Erscheinungen einer Pneumonie. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes, wie die bei Lebzeiten der Pat. vorgenommene Überimpfung des Sekretes auf einen Affen verlief resultatlos. **Peiper** (Greifswald).

39. **Kaposi.** Über die Frage des Lichen.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

Angesichts der großen Verwirrung, welche seit einigen Jahren in der dermatologischen Litteratur über die Lichenfrage herrscht, nahm K. auf dem internationalen Kongresse in Paris das Wort zu einem diesen Gegenstand betreffenden Vortrage. Er will die Bezeichnung Lichen nur für 2 Krankheitsprocesse reservirt wissen, die durch eigenthümlich beschaffene Knötcheneruptionen an der Haut, einen besonderen Symptomenkomplex allgemeiner Natur und eigenes Verhalten gegen therapeutische Einflüsse sich markiren, nämlich 1) Lichen ruber, i. e. acuminatus und planus und 2) Lichen scrophulosorum. Alle anderen Krankheitsprocesse, bei welchen ständig oder zeitweilig Knötchen vorkommen, sind seiner Meinung nach nicht mit dem Namen Lichen zu belegen, sondern mit dem Namen, der den Grundprocess ausdrückt. Nur die beiden obigen Processe bleiben für die Bezeichnung des Lichen übrig. K. unterscheidet also nicht einen Lichen ruber acuminatus von einem Lichen ruber planus, sondern betrachtet beide als zusammengehörig, da er sie, abgesehen von anderen hierfür sprechenden Gründen, oft bei einem und demselben Individuum gemeinsam vorgefunden. Die von Besnier, C. Boeck u. A. als Pityriasis rubra pilaris beschriebenen Fälle fasst K. nicht als eigenen Krankheitsprocess, sondern als Lichen ruber acuminatus auf.

Jedenfalls wird dieser Vortrag viel zur Klärung in der viel umstrittenen Frage beitragen und die ganze Sachlage wesentlich vereinfachen. **Joseph** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

40. **A. Fraenkel.** Pathologie und Therapie der Krankheiten des Respirationsapparates. 1. Band: Diagnostik und allgemeine Symptomatologie der Lungenkrankheiten in Vorlesungen für Ärzte und Studirende.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1890.

Der allgemeine Charakter dieses 370 Seiten füllenden Lehrwerkes, welches nach Inhalt und Anordnung des Stoffes ein abgeschlossenes Ganzes bildet, kann nicht besser als mit des Autors eigenen Worten in der Einleitung ausgedrückt werden: »Es kam mir weniger darauf an, eine große Summe einzelner, zum Theil unvermittelt neben einander stehender Thatsachen zusammenzutragen, als allenthalben den genetischen Zusammenhang der Krankheitssymptome zu entwickeln.« Schon dieses vom Verf. getreulich eingehaltene Programm lässt das Werk sich auf das Vortheilhafteste vor so manchen unserer modernen Erscheinungen herausheben, in so fern bei ihnen der dürftige Ton des Kompendiums bezw. Referats die Führung übernimmt. Ihm gegenüber durchweht der Geist nicht minder der Gediegenheit als der eigenen Arbeit — dass der letzteren allenthalben der Begriff der Produktivität zur Seite gehe, wird kein billig Denkender von der Abhandlung des Titelthemas verlangen — die Vorlesungen F.'s, dessen frühere Abhandlungen zur Genüge dargethan, wie sehr er auf einem Gebiete zu Hause ist, das ihm nicht wenige eigene bewährte Schaffungen verdankt.

Das Buch ist unbeschadet einer klaren, den überflüssigen Schmuck meidenden, vielfach sogar knappen Diktion durchweg breit angelegt, in so fern auch die allgemeine Pathologie und Diagnostik, einschließlich selbst der physikalischen Untersuchungsmethoden die eingehendste Berücksichtigung gefunden. Dass dies in einer einen gewissen Grad von Vertrautheit mit den einschlägigen Disciplinen voraussetzenden Form geschehen sei, vermögen wir nur theilweise einzuräumen. Im Gegentheil gewährt selbst dem Studirenden das, was der Autor in der 3. Vorlesung über die physikalische Untersuchung der Lunge in eigener Reproduktion bringt, Momente höherer didaktischer Bedeutung, als so mancher dieser Disciplin ausschließlich dienender Leitfaden, und manche Exkurse auf das Feld der Physiologie (so z. B. gleich in der 1. Vorlesung die Erörterung des Begriffes und Sitzes des Athmungscentrums) tragen den entschiedenen Charakter von lehrbuchmäßiger Darstellung einer vom Titelbegriff schon etwas abseits liegenden Materie. Kurze Andeutungen über die heut zu Tage allein berechtigte Anschauung vom »Athmungscentrum«, der Regulirung und Selbststeuerung der Athmung unter normalen Bedingungen etc. dürften selbst der Sinn des allenthalben physiologisch denkenden Klinikers vollauf befriedigt haben. Andererseits gewährt gerade die Lektüre der Bearbeitungen der allgemeinen Diagnostik vielfach auch dem erfahrenen Arzte Genuss und Vortheil, so die Exposés über das Verhalten des Pulses, der Temperatur, des Harnes.

In ein Referat des substantiellen Inhalts des Werkes einzutreten, ist hier selbstverständlich nicht der Ort. Wir begnügen uns anzudeuten, das die ersten fünf Vorlesungen die am Respirationsapparat selbst wahrzunehmenden Erscheinungen (Athmung, Anomalien im Bereiche der Thoraxwand, physikalische Untersuchung der Lunge und Verhalten der Stimme, Husten, Auswurf) abhandeln, während die 6. bis 10. Vorlesung sich mit dem Verhalten der übrigen Organe und ihrer Betheiligung bei den Respirationskrankheiten (Cirkulationsstörungen, Verhalten der Temperatur und Haut, des Harns, der digestiven und sonstigen Unterleibsorgane, so wie den Störungen im Gebiete des Nervensystems bei den Lungenkranken) sich beschäftigt.

F. liebt es, seine Deduktionen und Analysen mit praktischen Fingerzeigen abzuschließen in einer Weise, welche gerade den jüngeren Arzt zu großem Dank verpflichten muss und zu um so größerem, als hier die geradezu unbedingte Verlässlichkeit seiner Lehren auf einem bereits der mehr oder weniger willkürlichen Anschauung der heutigen Vertreter des Therapeutenthums in bedenklichem Grade unterworfenen Gebiet die werthvollsten Grundstützen liefert.

Ganz specielle Erwähnung verdient der Inhalt der 5. Vorlesung, die »Lehre vom Auswurf«, welche seit der 3 Decennien zurückliegenden monographischen Bearbeitung durch Biermer kaum wieder Gegenstand einer umfassenden und abgerundeten Darstellung in unserer Litteratur geworden. Mit seltener Vollständigkeit hat F. auf 67 Seiten alles nur Wissenswerthe über Menge, Konsistenz, Form, Geruch der Sputa und den Nachweis ihrer Bestandtheile incl. der Mikroorganismen in anschaulichster Gliederung uns vorgeführt. Was hier geboten, kann ohne Weiteres als selbständiges treffliches Lehrbuch gelten. Rücksichtlich der Bedeutung der Charcot'schen Krystalle als Einschluss des Auswurfs vermissen wir die (von uns bereits vor ca. 10 Jahren hervorgehobene) Thatsache, dass die Gebilde warmem Wasser keinen Widerstand zu leisten vermögen und schon das Faktum ihrer Löslichkeit in körperwarmen Gewebsflüssigkeiten der Annahme ihrer Existenz innerhalb des lebenden Organismus wenig günstig ist, bezw. die von verschiedenen Autoren gegen ihre aktive Rolle vorgebrachten Bedenken als einen Umweg erledigt, dessen wir nicht mehr zur negativen Beweisführung bedürfen. Dass die Dreischichtung des blennorrhoischen bezw. putriden dünnflüssigen Expektorats ihre Entstehung der Zerstörung der normalen Textur der Schleimhaut und ihrer Verwandlung in eine eiterabsondernde Membran verdanke (p. 126), würden auch wir als richtige Voraussetzung acceptiren, wenn ihr nicht die gewöhnliche Beschaffenheit des aus den tuberkulösen Kavernen geförderten Auswurfs entgegenstände. Auch die »außerordentlich reizend« wirkenden Bakterienprodukte erklären die eigenthümliche Thatsache gewisser profuser dünneitriger Absonderungen als solcher nicht völlig.

Sehr wohlthuend berührt die Haltung des Autors zur heutigen auch von ihm »aus voller Überzeugung« vertretenen Reaktion gegen die Anschauung von der Gefährdung unseres Organismus durch die Temperatursteigerung als solcher (p. 221) und seine Warnung vor der principiellen Darreichung irgend eines antifebrilen Mittels.

Auch der Inhalt der letzten Vorlesung beherbergt zahlreiche aparte, für den Arzt jeder Stellung beherzigenswerthe Momente. Man sehe nur die hervorragende klinische Darstellung der (Fieber-, Inanitions- und alkoholischen) Delirien und die Principien ihrer Behandlung ein.

Jede Vorlesung ist mit einem ausführlichen Litteraturverzeichnis versehen, das Princip indess, nach welchem die Autorennamen bald im Text erwähnt, bald nur in dem bibliographischen Anhang untergebracht sind, nicht recht ersichtlich. Mit einer erstaunlichen Sorglichkeit ist Verf. allen besseren litterarischen Produktionen gerecht geworden, ohne mit der Kritik da zurückzuhalten, wo es galt, unhaltbare Lehren zu bekämpfen. In einigen Kapiteln, so bei der Bearbeitung der Nierenstörungen, wäre wohl ein noch schärferes Aufräumen am Platze gewesen. Mit besonderer Pietät, sicherlich auch mit bestfundirtem Recht lehnt sich F. an seinen und unseren großen Lehrer Traube an.

Ein sehr willkommenes Sachregister schließt das trefflich ausgestattete Werk, dessen sorgfältigstes Studium wir allen Fachgenossen, die es ernst mit den Grundlagen unserer Wissenschaft und Praxis auf dem Gebiete der Respirationskrankheiten meinen, auf das Wärmste empfehlen. **Fürbringer** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 27. **Sonnabend, den 5. Juli.** **1890.**

Inhalt: 1. **Fano** und **Zanda,** Physiologie der Schilddrüse. — 2. **Celli** und **Guarneri,** Malariaplasmodien. — 3. **de Bruin,** Wirkung des Bilirubins. — 4. **Benczúr** und **Jónás,** Thermopalpation. — 5. **Glasgow,** Septisches Ödem der oberen Luftwege. — 6. **Örtel,** Massage des Herzens. — 7. **Fenwick,** Zusammenhang von Magenerkrankungen mit anderen Organerkrankungen. — 8. **Penzoldt,** 9. **Glückziegel,** Orexin. — 10. **Rosenberg,** Olivenöl bei Gallensteinen. — 11. **Finkelnburg,** Volkssanatorien für Phthisiker.

12. **Lannelongue,** Schilddrüsenüberpflanzung. — 13. Prophylaxe der Tuberkulose. — 14. **Bard** und **Curtillet,** Kongenitale Cyanose. — 15. **Moncorvo,** Strophanthus in der Kindertherapie. — 16. **Mandelstamm,** Phosphor bei Rachitis. — 17. **Reimer,** Fieber beim Scharlach. — 18. **Fabre,** Kantharidenvergiftung. — 19. **Paris,** Tetanus. — 20. **Troje,** Diabetes. — 21. **Körner,** Diabetische Mastoiditis. — 22. **Körner,** Otitischer Hirnabscess. — 23. **Rohrer,** a. Rhinolit, b. Ptyolit.

Bücher-Anzeigen: 24. **Röhmann,** Anleitung zum chemischen Arbeiten. 25. **Tappeiner,** Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen.

1. G. Fano e L. Zanda. Contributo allo fisiologia del corpo tiroide.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 17.)

H. Munk hatte angegeben, dass Hunde, bei denen man die Schilddrüsen aus ihren Kapseln ausgeschält und nach Unterbindung der Gefäße und Nerven reponirt hat, am Leben bleiben und nicht erkranken. Diesen »Ausschalteversuch« haben F. und Z. mit wesentlich anderem Erfolg wiederholt. Von 7 operirten Thieren gingen nämlich 6 unter den bekannten Krankheitserscheinungen zu Grunde, obwohl die Wunde per primam sich schloss. Ein Hund erkrankte zwar ebenfalls, blieb aber am Leben. Andererseits blieben alle 12 Hunde, denen die Verff. die Drüse, nach Loslösung von ihren Verbindungen, aber unter Schonung der im Hilus eintretenden Nerven und Blutgefäße, so wie der unteren Vene, dislocirt hatten, nicht nur am Leben, sondern, mit einer einzigen Ausnahme,

auch gesund, obwohl in einigen Fällen Eiterung der Wunde eingetreten war.

In anderen Versuchen traten, obwohl auf die Umgebung der Drüse heftige zur Eiterung führende Reizungen eingewirkt hatten, ebenfalls keine charakteristischen Krankheitserscheinungen auf.

Wie Munck, so sahen auch F. und Z. die der Schilddrüsenexstirpation folgenden Krämpfe etc. nach vorausgehender Rückenmarksdurchschneidung auch am Hinterkörper nicht ausbleiben.

Ein Hund, dem die Verff. die Schilddrüse eines anderen Hundes (nach Schiff) in die Bauchhöhle transplantirt hatten, ertrug die Fortnahme seiner eigenen ohne zu erkranken.

Transfundirten sie gesunden Hunden das Blut solcher, die in Folge von Thyreoidektomie erkrankt waren, so traten Krankheitserscheinungen bei jenen auf, während umgekehrt die Transfusion normalen Blutes bei den erkrankten Thieren die Krankheitssymptome minderte, sogar zeitweise zum Verschwinden brachte.

Neugeborene Hunde gingen nach der Exstirpation der Schilddrüse zu Grunde, neugeborene Kaninchen blieben am Leben.

Im Ganzen folgern die Verff. aus ihren Versuchen, dass die nach der Fortnahme der Schilddrüse entstehende Krankheit durch den Ausfall der Drüsenfunktion, nicht aber durch nebenhergehende Verletzungen bedingt sei. Sie nehmen an, dass nach ihrem Fortfall ein für die nervösen Centralorgane giftiger Stoff sich im Organismus anhäufe. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

2. **A. Celli** e **G. Guarneri.** Sulla etiologia dell infezione malarica.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 14.)

Vorliegende Mittheilung ist identisch mit der seiner Zeit deutsch erschienenen (Fortschr. der Medicin 1889 No. 14 und 15). Verff. unterscheiden an dem Plasmodium malariae ein amöboides Stadium und ein Stadium der sichelförmigen Körperchen (cystische Körper von Laveran und Richard). Während des amöboiden Stadiums innerhalb der rothen Blutkörperchen trennen die Verff. wieder das vegetative von dem reproduktiven Stadium. Verff. beschreiben nach einer neuen Färbungsmethode die Beschaffenheiten des Zellleibes und eines Kerngebildes des Parasiten, so wie gewisse noch nicht bekannte Formen der Sporulation, wegen welcher auf das Original verwiesen werden muss. Die von Golgi angegebene Gesetzmäßigkeit zwischen Sporulation und dem Eintritte des Fieberfrostes konnten die Verff. nicht bestätigen. Auch konnten sie ein direktes Beziehungsverhältnis zwischen der Menge der im Blute befindlichen Mikroorganismen und der Intensität des Fiebers (Golgi) nicht auffinden.

Auch bezüglich der Beschreibung der verschiedenen Entwicklungsstufen der sichelförmigen Körperchen muss auf das Original

verwiesen werden. Hier wäre eine kurze Beschreibung ohne die dazu gehörigen Abbildungen ganz unverständlich. Es sei hier nur bemerkt, dass die Chininmedikation einen sehr deletären Einfluss wohl auf die amöboiden, nicht aber auf die sichelförmigen Körperchen besitzt. Eine sichere Klassifikation dieses Haematobium malariae ist vorläufig noch nicht durchführbar. Es ist ein polymorpher Mikroorganismus, der durch seine hauptsächlichen morphologischen Eigenschaften sich wie ein Mycetozoon präsentirt, aber durch einige andere an die sehr nahestehenden Sporozoen und niederen Flagellaten erinnert.

Verff. versuchen eine Reihe bekannter Thatsachen aus der Pathologie und Endemiologie der Malaria von dem Gesichtspunkte aus zu erklären, dass der Malariaparasit der Mycetozoenreihe angehört.

Löwit (Innsbruck).

---

3. **J. de Bruin.** Bijdrage tot de leer der geelzucht met het oog op de vergiftige werking der bilirubine.

(Academisch Proefschrift. Amsterdam, 1889.)

Die giftige Wirkung des Bilirubins bei Gelbsucht ist zuerst von Bouchard behauptet worden; er fand sogar, dass das Bilirubin eine 10fach stärkere Wirkung ausübt, als die gallensauren Salze. Dieser Befund stützt sich auf Thierversuche mit über Kohle entfärbter Galle, welche Versuche ergeben haben, dass die unveränderte Galle 3mal giftiger ist. Obwohl seine Kontrollversuche hiermit übereinstimmen, stellt de B. diesen großen Unterschied in der Wirkung nicht allein auf Rechnung des Bilirubins, sondern theilweise auch auf eine gleichzeitige Entziehung gallensaurer Salze. Zur Bestimmung der Giftigkeit hat er dann das chemisch reine Bilirubin in die Venen eingespritzt und dabei für Kaninchen die letale Dose auf 26—103,5 mg pro Kilo Körpergewicht gefunden. Thiere, welche eine einmalige Injektion überstanden haben, sterben bei der zweiten Einspritzung durch viel geringere Gaben. Frösche ertragen nicht einmal eine Einspritzung in den Lymphsack von 10—30 mg Bilirubin. Hieraus folgert er, dass die gallensauren Salze 3—5mal weniger giftig sind, als die Gallenfarbstoffe. Die ikterische Verfärbung der Bindehaut tritt beim Kaninchen schon während der Injektion auf und besteht dann 1—2 Tage fort; bei Fröschen tritt die Gelbfärbung erst am 2.—3. Tage auf, dauert dann aber auch länger nach.

Die Pulsfrequenz ist nicht immer in gleichem Sinne geändert, der Blutdruck ist durchweg herabgesetzt, nur dann allein nicht, wenn tonische und klonische Krämpfe auftreten. Dyspnoe besteht nur kurze Zeit vor dem Tode. Der Harn enthält Blutfarbstoff, zuweilen auch weiße Blutkörperchen, Nierenepithel, Cylinder und Kalkoxalate, doch Gallenfarbstoff konnte nicht nachgewiesen werden. Die Krämpfe, die Dyspnoe, der niedrige Blutdruck und die geänderte Pulsfrequenz, und somit auch die letale Wirkung überhaupt schreibt Verf. einer Wirkung auf das Centralnervensystem zu.

In einer zweiten Versuchsreihe hat er die Wirkung auf das durchströmte Froschherz (Methode Stokvis) studirt. Das Bilirubin bewirkt Anfangs Verlangsamung, später Beschleunigung der Herzpulsation, aber vorwiegend Abfall des Blutdruckes, indem die Systolen weniger vollkommen sind. Vergleichende Versuche mit taurochol- und glycocholsaurem Natron ergaben für das erstere Pulsverlangsamung, für das zweite Pulsbeschleunigung und hauptsächlich Erniedrigung des Blutdruckes. Die Giftigkeit des Bilirubins wurde auch bei diesen Versuchen zweimal größer gefunden als die des glycocholsauren Natrons.

Der niedrige Blutdruck bei diesen Versuchen stimmt nicht überein mit dem großen starken Puls, der bei Ikteruskranken so oft auftritt. Die Erklärung vor dieser Gegenstellung sucht er aber in der oben angedeuteten Vagusreizung des Bilirubins.

Feltkamp (Amsterdam).

---

4. **Benczúr** und **Jónás.** Über Thermopalpation.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 19.)

Unter dem Namen Thermopalpation beschreiben die Verff. eine bisher unbekannte Methode, mittels welcher man am Thorax und Abdomen eben so leicht und genau wie durch die Perkussion jene Stellen bezeichnen kann, an denen lufthaltige von weniger oder nicht lufthaltigen Organen begrenzt werden. Verff. hatten die Beobachtung gemacht, dass die Hauttemperatur am Thorax und Abdomen nicht an allen Stellen eine gleichmäßige ist und dass bei leichtem Streichen der Körperfläche am Brustkorb und Unterleib mit der Hand der auffallende Temperaturwechsel dort wahrnehmbar wurde, wo ein lufthaltiges Organ unmittelbar neben ein luftleeres zu liegen kam, z. B. an der Grenze zwischen Lunge und Leber. Die Untersuchung wird in der Weise ausgeführt, dass die Handfläche resp. die Volar- oder Dorsalfläche der Finger in den bekannten Perkussionslinien von oben nach abwärts die Haut zart streichend und auf bemerkbare eventuelle Temperaturdifferenzen achtend, bewegt werden; hierbei markiren sich die Herz- und Lebergrenzen deutlich durch die Kühle der Haut.

Verff. haben bewiesen, dass es sich bei der Thermopalpation in der That nur um Temperaturdifferenzen handelt. Eben so wie unter physiologischen Grenzen konnten die Projektionslinien auch unter pathologischen Verhältnissen, z. B. bei pleuritischen Exsudaten, bestimmt werden.

Verff. glauben die Thermopalpation besonders in den Fällen empfehlen zu können, in welchen die Perkussion überhaupt nicht am Platze, und es dennoch nothwendig ist, die Untersuchung am Thorax vorzunehmen, wie z. B. bei Rippenfraktur, Hämoptoe, Aneurysmen etc. die Grenzen aufzusuchen. Dass die Thermopalpation sehr leicht, sogar leichter als die Perkussion zu erlernen ist, glauben die Verff. behaupten zu können.

Peiper (Greifswald).

---

5. **Glasgow** (St. Louis). An oedematous form of disease, or septic oedema of the upper air-passages.

(New York med. journ. 1889. August 10.)

Seit mehreren Jahren hat G. eine häufige Erkrankung des Pharynx und Larynx beobachtet, welche zu dieser Besprechung führte: es handelte sich im Pharynx wesentlich um eine pralle ödematöse Schwellung der Schleimhaut, so dass vor Allem der weiche Gaumen ungemein verdickt und geschwollen sein kann; die Schleimhaut ist dabei blass und gespannt, die Venen sind prall gefüllt und heben sich ungemein deutlich auf dieser blassen Schleimhaut ab. In der Mehrzahl der Fälle ist nur der Gaumen stark geschwollen, aber es kommt auch vor, dass der Nasenrachenraum und die Nasenschleimhaut selbst in Mitleidenschaft gezogen ist, wie auch diese ödematöse Schwellung die Epiglottis und das ganze Kehlkopfinnere befallen kann. Dieses verbreitete Ödem kommt oft plötzlich und verschwindet auch rasch. Zwei Fälle mit solchem Larynxödem gingen unter den Erscheinungen der Larynxstenose zu Grunde. Bisweilen kommt es in dieser geschwollenen Schleimhaut zu kleinen Blutextravasaten, gelegentlich auch ulcerativen Vorgängen in verschiedener Ausdehnung; in 6 Fällen erwiesen sich kleine Punkte auf den Tonsillen und dem weichen Gaumen als Herde von Leptothrix buccalis. Die Halsdrüsen sind geschwollen, auch können dieselben vereitern. Das Allgemeinbefinden wird gleich im Anfange der Erkrankung durch Schwächegefühl getrübt und auffallende Müdigkeit des Körpers und des Geistes; Schlaflosigkeit, große Reizbarkeit, Schmerzen in allen Gliedern und Gelenken treten hinzu und heftige Kopfschmerzen; in der Nacht nehmen oft die Beschwerden zu. Krämpfe, vor Allem in den Fingern, Beinen und Zehen kamen öfters zur Beobachtung. Sehr häufig sind die Stuhlentleerungen schwarz und in einigen Fällen auch der Harn blutig. Die Temperatur steigt rasch und hoch und bleibt für 36—48 Stunden hoch; oft steigt sie unter Frostgefühlen, öfters auch mit einem deutlichen Schüttelfrost einsetzend. Abfälle unter Schweißbildung sind beobachtet worden, überhaupt ist die Haut gern feucht. Die Erkrankung hält G. für kontagiös. Das akute Stadium der Krankheit dauert 3—5 Tage, doch kamen auch Erkrankungen bis zu 4 Monaten vor, da neue Exacerbationen möglich sind. Vom Chinin sah G. keine Vortheile, am besten schienen ihm Benzoepräparate mit Liq. ammonici acetici; zum Gurgeln verordnete er die gebräuchlichen Medikamente. Die oft zurückbleibende Anämie wird durch Eisen und Arsenik gehoben. Diese ödematöse Erkrankung des Halses hält G. demnach nicht für eine lokale Erkrankung, sondern für die Äußerung einer Störung des gesammten Körpers. Ähnliche Vorgänge sollen sich auch in der Schleimhaut der Lunge abspielen.

Prior (Köln).

6. **Örtel.** Über Massage des Herzens.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 37—39.)

Dass das Herz durch mechanischen Druck überhaupt und durch eine Erhöhung des auf der Herzoberfläche lastenden Exspirationsdruckes beeinflusst und die Herzkraft dadurch länger erhalten werden kann, ist experimentell von Heinricius und Kronecker nachgewiesen worden, während Ö. beim Menschen durch den therapeutischen Einfluss der Druckerhöhung auf das gesunde, besonders aber auf das insufficiente Herz — durch saccadirte Athmung in Verbindung mit Steigbewegung und manueller Pressung — die gleiche Wirkung erzielte. Er hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, durch direkte Beobachtungen am Cirkulationsapparate und am Herzen des Menschen selbst zu zeigen, in welcher Weise und bis zu welchem Grade eine mehr oder weniger starke Erhöhung des Exspirationsdruckes auf das Herz einzuwirken vermag, und wie dieses darauf reagirt. Die hierzu angestellten Untersuchungen, die sich besonders auch auf die Respiration erstrecken, müssen in ihren Einzelheiten im Original nachgelesen werden. Die sich aus ihnen ergebenden Resultate sind, dass die Massage des Herzmuskels angezeigt ist: 1) bei allen Schwächezuständen des Herzmuskels, wo die Herzkraft ihrer Aufgabe nur noch unvollständig genügen kann. 2) Bei ungenügender Füllung des arteriellen Systems und Stauung im venösen Apparat. 3) Bei erhöhter Aufgabe des Herzens, d. h. überall da, wo eine Kompensation oder kompensatorische Hypertrophie erzielt werden soll. 4) Insbesondere zur Unterstützung der mechanischen Behandlung des Herzens und der Kreislaufstörungen durch Steigbewegungen.

Kontraindicirt ist die Massage des Herzmuskels in allen jenen Fällen, in welchen eine mechanische Behandlung des Herzens und der Kreislaufstörungen überhaupt kontraindicirt ist, so 1) bei frischen oder wiederholt recidivirenden endo- und pericarditischen Processen, 2) bei akut und subakut verlaufender Myocarditis in Folge von Sklerose der Coronararterien, 3) bei Sklerose und Atheromatose der Arterien überhaupt. **Markwald** (Gießen).

---

7. **Fenwick.** Über den Zusammenhang einiger krankhafter Zustände des Magens mit anderen Organerkrankungen.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. macht den Versuch, die bei verschiedenen Erkrankungen im Magen auftretenden Veränderungen als Resultat derselben Ursache hinzustellen, und sie in Zusammenhang zu bringen mit den auch in anderen Geweben vorhandenen pathologischen Zuständen. Er geht dabei aus von der fibroiden Degeneration der Pylorusgegend, die sich häufig bei älteren Personen über 42 Jahren findet, während die übrigen Theile des Magens vollständig normal sind, und die in einer Verdickung der Submucosa und oft so beträchtlichen Vermeh-

rung des interstitiellen Bindegewebes besteht, dass die Drüsen ganz atrophisch erscheinen. Diese fibroide Entartung des Pylorus steht nun in eigenthümlicher Beziehung zum Scirrhus, da dieser hauptsächlich seinen Sitz in der von der Degeneration ergriffenen Partie hat. Ähnliche Veränderungen wie im Magen treten im ungefähren Alter von 42 Jahren auch in der Milchdrüse auf und auch hier ist zwischen 45 und 50 Jahren der Scirrhus am häufigsten. Außerdem wird die carcinomatöse Erkrankung der Milchdrüse häufig von ausgesprochener Atrophie der Magenschleimhaut begleitet, während dies bei Carcinom anderer Organe mit Ausnahme derer des Intestinaltractus seltener vorkommt. Je chronischer der Verlauf des Carcinoms, desto ausgesprochener sind die Erscheinungen der Atrophie. Chronische Blutverluste, wie bei Uteruscarcinom, scheinen keinen Einfluss auf die Entstehung der Krankheit zu haben.

Ferner nimmt F. einen Zusammenhang zwischen Atrophie des Magens und perniciöser Anämie an. Er unterscheidet dabei scharf zwischen partieller Atrophie der Magenschleimhaut, welche aus einem chronischen Katarrhe hervorgeht, und den viel selteneren Fällen, wo eine allgemeine Atrophie nicht aus lokalen, sondern aus bestimmten allgemeinen Ursachen resultirt — nur diese letztere findet sich bei perniciöser Anämie. Die Deutung dieser Erscheinungen sucht er darin, dass, ähnlich wie durch Produktion und Resorption abnormer Fäulnisprodukte des Darmes, auch im Magen in Folge der Atrophie abnorme Stoffe gebildet werden, welche vielleicht ein organisches Gift enthalten, dessen Absorption durch bestimmte Veränderungen des Blutes zur perniciösen Anämie führt.

Von besonderem Interesse ist der Zustand des Magens bei Erkrankungen der Nieren. Meistens findet sich bei den verschiedenen Formen derselben eine Übereinstimmung zwischen der Affektion des Nierengewebes und dem des Magens und dieselbe wird dadurch bedingt, dass, wie F. aus seinen ad hoc angestellten Experimenten als unzweifelhaft annimmt, die Magenschleimhaut gewisse Gifte, darunter auch den Harnstoff, ausscheidet, aber als Resultat der Reizung ein akuter Katarrh der Magendrüsen eintritt. Dem Vorhandensein einer chronischen Gastritis schreibt er auch das Erbrechen zu, das gewöhnlich während des Verlaufes chronischer Nierenkrankheiten beobachtet wird, während ein wirkliches urämisches Erbrechen nur bei theilweisem oder vollständigem Verschwinden der Harnsekretion durch einen akuten Anfall von Entzündung oder durch ein akutes Recidiv in einem chronisch entzündeten Organ vorkommt.

Eine weitere Unterstützung für seine Ansicht, dass bestimmte Beziehungen zwischen den einzelnen Organerkrankungen und denen des Magens bestehen, findet Verf. in dem Umstande, dass auch die in ihrem Bau den Magendrüsen ähnlichen Drüsen der Haut sich bei der Eliminirung des Harnstoffes betheiligen, dass vielfach pathologische Processe der Haut, z. B. Verbrennungen, Entzündung des Magen-Darmtractus und der Nieren hervorrufen, und dass dieselbe

Krankheitsursache, z. B. Scharlach, alle drei Organe zugleich oder alternirend befällt und in allen dreien ganz ähnliche Erscheinungen hervorruft.

Er bespricht dann noch das häufige Vorkommen von Magenkatarrhen bei Tuberkulose, dass dyspeptische Beschwerden dabei oft am meisten hervortreten und nicht selten den Lungensymptomen vorausgehen, und ist für Aufstellung einer besonderen dyspeptischen Form der Phthise; die Ursache der gastrischen Erscheinungen hierbei ist dunkel. Bei Pneumonie wird die Magenaffektion oft durch die anderweitigen Erscheinungen verdeckt. Bei Typhus kann die Funktion des Magens oft beträchtlich gestört sein, ohne dass auffallende mikroskopische Veränderungen vorliegen, während sie in anderen Fällen sehr deutlich nachweisbar sind. Tritt dann in der Rekonvalescenz keine genügende Erholung der Verdauungsorgane ein, so resultire hieraus eine Disposition zur Entwicklung von Tuberkulose.

Bei Herz- und Lungenkrankheiten finden sich im Magen Veränderungen, die alle als Folge der venösen Stauung anzusehen sind. Bei Gehirnkrankheiten sind in der Regel keine Veränderungen im Magen nachweisbar und das dabei so häufige Erbrechen wird nur durch nervöse Reizung hervorgerufen. **Markwald** (Gießen).

---

8. **Penzoldt.** Salzsaures Orexin, ein echtes Stomachicum.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Februar.)

9. **Glückziegel.** Zur Kenntnis der Wirkung des Orexins. (Aus der Klinik von Prof. v. Jaksch.)

(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 13.)

Durch die dringende Empfehlung des Orexin ist von Neuem die Hoffnung erweckt worden, die äußerst komplicirten Ursachen der Appetitlosigkeit, welche bekanntlich nicht allein in einer Summe von Veränderungen des Magens ihren Grund haben, sondern gewiss auch recht häufig allein oder danebenher auf Störungen des Allgemeinbefindens beruhen, durch ein einfaches Mittel vom Magen aus zu beseitigen.

Orexin oder salzsaures Phenyldihydrochinazolin besteht aus in heißem Wasser löslichen, fast weißen Krystallen, welche die Rachenschleimhäute stark reizen, bitter schmecken und ein brennendes Gefühl hinterlassen. Seine Maximaldosis beträgt 0,5 p. dos., 1,5 pro die; für die gewöhnliche Verabfolgung reicht 0,3—0,5, 1—2mal täglich aus. (Rp.: Orexin hydrochlor. 2,0, Extr. Gentian, Pulv. rad. Alth. q. sat. u. f. pil. No. XX, obduce gelatina. DS. 1—2mal täglich 3—5 Pillen mit einer großen Tasse Fleischbrühe.) Unangenehme Nebenwirkungen wurden von P. nur selten beobachtet: so z. B. ein brennendes Gefühl in der Speiseröhre, in wenigen Fällen Erbrechen. Stets soll Orexin in gelatinirten Pillen verabfolgt und wegen seiner reizenden Eigenschaften mit einer größeren Menge Flüssigkeit eingenommen werden.

Nach der Versicherung des Autors ist das Mittel ein echtes Stomachicum, d. h. ein solches, welches sämmtliche Magenfunktionen einschließlich des Appetits zu bessern im Stande ist. Diese merkwürdige Thatsache wurde empirisch und durch Zufall gefunden, indem derjenige, der das Medikament auf ganz andere (antibakterielle) Wirkungen hin prüfen sollte, starkes Hungergefühl danach empfand. Eben dasselbe zeigte sich bei einem großen Theil der 36 Kranken, an welchen darauf Untersuchungen angestellt wurden. Ref. vermisst jedoch bei der Prüfung dieses Mittels die Anwendung einer Methode, welche ihm allein geeignet erscheint, objektive Resultate zu ergeben, und welche von O. Rosenbach (Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 24) beschrieben worden ist und welche im Wesentlichen darauf beruht, dass die Pat. bei Prüfung der Wirkung eines Heilmittels unter keiner Bedingung erfahren, zu welchem Heilzwecke sie dasselbe erhalten, um die stets störenden Einwirkungen der Psyche auszuschließen.

Es ist zweifellos, dass das empfohlene Medikament vielfältig angewendet werden wird und es wäre wünschenswerth, dass auf letzterwähntem Wege noch weiterhin recht zahlreiche, möglichst objektive Untersuchungen angestellt werden. **Rosin** (Breslau).

G. hat das von Penzoldt als Stomachicum empfohlene Orexin an Kranken mit daniederliegendem Appetit, so wie an 2 Gesunden geprüft; bei letzteren war eine Steigerung der Esslust nicht zu konstatiren; bei den Kranken waren die Resultate in der Mehrzahl der Fälle günstig. Als unangenehme Nebenwirkung des Mittels wurde ausnahmsweise Erbrechen und Magenschmerz beobachtet. G. empfiehlt, weitere Versuche mit Orexin anzustellen.

E. Schütz (Prag).

---

10. **Rosenberg.** Über die Anwendung des Olivenöls bei der Behandlung der Gallensteinkrankheit.

(Therapeutische Monatshefte 1889. December.)

Nach einer ausführlichen Darstellung der bisher bekannten Litteratur über die Anwendung von Olivenöl bei Gallensteinen und die Ansichten der (vorwiegend englischen und französischen) Autoren über die Wirkungsweise desselben beschreibt R. 3 Fälle mit 21 Einzelbeobachtungen, bei denen er eine vorzügliche Wirkung von Seiten dieses Medikamentes wahrgenommen hat. R. hat die Überzeugung gewonnen und dieselbe auch experimentell bestätigt gefunden, dass das Olivenöl ein vorzügliches Cholagogon sei, welches die Gallensekretion vermehrt und ihre Konsistenz vermindert.

Demnach empfiehlt der Verf. bei vorhandenen Gallensteinbeschwerden zunächst einen Versuch mit den bisher bekannten galletreibenden Mitteln, zunächst mit den alkalischen Mitteln und Mineralwässern, ferner mit dem nach seiner Meinung vorzüglich wirkenden salicylsaurem Natron. Vor Anwendung der Durande'schen Mischung warnt R., weil dieselbe wirkungslos und mit unangenehmen Neben-

wirkungen verbunden sei. Die vegetabilischen Abführmittel (Aloe, Podophyllin etc.) erscheinen ihm zu sehr von individuellen Verhältnissen abhängig. Wenn die genannten Methoden nicht gewirkt haben, dann räth Verf. zur Vornahme der allerdings etwas lästigen Ölkur. Der Geschmack wird mit 0,25% Menthol, 10—15% Kognak und 2 Eidottern korrigirt. 150—200 g in 4—8 Portionen in 1—3 Stunden gereicht, genügen zur Erzielung der Gallensteinabtreibung. Erbrechen darf von einer Erneuerung des Versuches nicht abschrecken. Von Nebenerscheinungen treten nur Anorexie und Mattigkeitsgefühl 24 Stunden lang auf. Ikterus ist keine Kontraindikation. Bevor man sich zu einem etwaigen operativen Eingriffe entschließt, sollte man eine Ölkur nie versäumen. Ist die Wirkung derselben eine positive gewesen, so räth Verf. längere Zeit hinterher alkalische Mineralwässer oder salicylsaures Natron als Nachkur zu gebrauchen. Der Abhandlung sind Kurven beigefügt, welche die cholagoge Wirkung des Öls an Fistelhunden veranschaulichen. **Rosin** (Breslau).

---

11. **Finkelnburg.** Über die Errichtung von Volkssanatorien für Lungenschwindsüchtige.

(Centralblatt für allgem. Gesundheitspflege Bd. IX. Hft. 1.)

In seinem vor dem niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, also einem großentheils aus Laien zusammengesetzten Publikum gehaltenen Vortrag verweist F. auf die günstigen Erfolge der Anstaltsbehandlung der Phthise, die bei rechtzeitigem Einsetzen 25—28% zur Heilung oder zu einer an Heilung grenzenden Besserung zu führen vermag. Es erwächst dadurch die Pflicht auch den unbemittelten Klassen, wie es in England bereits geschehen, die Wohlthat dieser Behandlungsart zugänglich zu machen. In die rheinisch-westfälischen Krankenhäuser wurden jährlich 4000 Phthisiker aufgenommen; würden dieselben statt dessen in geeignete Sanatorien aufgenommen, so wäre ein jährlicher Gewinn an 1000 Menschenleben zu erwarten, ohne dass andere neue Opfer als diejenigen des Baues und der ersten Einrichtung solcher Sanatorien dazu erforderlich wären. Bei der Wahl des Ortes kann von einer bestimmten Höhenlage abgesehen werden, da die vermeintliche Schwindsuchtsfreiheit hoher Gebirgszonen sich immer mehr als Irrthum herausstellt; reine Luft, trockener Wohnungsgrund mit nicht stagnirendem Grundwasser, ferner Schutz gegen Nordost- und Nordwestwinde, endlich eine ruhige vom Verkehrsgetümmel unbehelligte Umgegend sind die zu stellenden Forderungen, die an vielen Orten Rheinlands erfüllt werden können.

Das Korreferat des Beigeordneten Zimmermann (Köln) beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Feststellung der geeignetsten Form, in welcher die zur Errichtung der Sanatorien nothwendigen Geldmittel von der Provinz, den Gemeinden, den Krankenkassen und den Privatwohlthätern aufgebracht werden könnten.

Strassmann (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Lannelongue** (Paris). Der erste Versuch, eine Thierschilddrüse auf den Menschen zu überpflanzen.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 13.)

Es ist durch chirurgische Beobachtungen hinreichend bewiesen, dass nach Totalexstirpation der Schilddrüse beim Menschen die als Myxödem, Cachexia strumipriva, Kretinismus bezeichneten Krankheitsformen durch das Ausfallen der Schilddrüsenfunktion zu Stande kommen; auch die experimentelle Methode hat durch zahlreiche Thierversuche Resultate gefördert, welche mit diesen Befunden in Einklang stehen. Es haben aber auch diese Thierversuche gezeigt, dass man den Eintritt dieser Veränderungen im Organismus bei Thieren verhindern kann, wenn man den ihrer Schilddrüse beraubten Thieren eine von einem anderen Thiere herrührende Schilddrüse überpflanzt. Darauf gestützt hat Horsley den Vorschlag vor kurzer Zeit gemacht, dass man auch versuchen solle bei Menschen, denen die Schilddrüse exstirpirt werden musste, das Myxödem aufzuhalten und zu verhindern, indem man die Glandula thyreoidea von einem Thiere in eine bestimmte Region des menschlichen Körpers einpflanze. L. tritt nun für die Forderung ein, dass man in Zukunft keine Schilddrüse mehr entfernen dürfe, ohne unmittelbar die Überpflanzung einer neuen Schilddrüse vorzunehmen; ja man solle auch dort eine Schilddrüse überpflanzen, wo man bei jungen Personen mangelhafte geistige und körperliche Entwicklung und zugleich den Mangel einer Schilddrüse finde. L. hat nun eine derartige Überpflanzung einer Schilddrüse bei einem 14jährigen Mädchen vorgenommen, das keine Spur von Schilddrüse zeigte und deutlich die Charaktere des Myxödem darbot. Da der Hals der Pat. durch myxödematöse Tumoren als Operationsfeld sich ungünstig gestaltete, wurde die untere Thoraxgegend unterhalb der rechtsseitigen Brustdrüse ausgewählt; dem Rathe Horsley's folgend wurde die Schilddrüse eines jungen, ausgewachsenen Hammels genommen; ungefähr zwei Drittel des linken Lappens der Drüse wurden jener Stelle in einer subkutanen Tasche eingebettet und die Wunde durch Nähte geschlossen; es scheint das Organ in funktionstüchtigem Zustande eingeheilt zu sein. Von einer Einwirkung auf den gesammten Organismus lässt sich wegen der Kürze der Zeit noch nichts erkennen. **Prior** (Köln).

13. Sur la prophylaxie de la tuberculose.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1889. No. 43. p. 388.)

Séance de 29. octobre 1889.

Da die angeführten Ausführungen und Vorschläge der Kommission sich vollständig mit den Forderungen Cornet's decken, so seien sie nur kurz hiermit angeführt. Die Tuberkulose entsteht durch Aufnahme des Tuberkelbacillus in den Organismus auf dem Wege der Athmung, der Ernährung oder der Verletzung von Haut und Schleimhäuten. Die Bacillen finden sich in dem Auswurf und den Dejektionen der Phthisiker. Die prophylaktischen Maßregeln zielen auf eine Vernichtung des Bacillus selbst. Die Spucknäpfe sind ausschließlich zu benutzen, trocken zu halten oder mit Wasser zu füllen, täglich durch Hitze (Glühen) zu desinficiren. Sand als Füllung für den Spucknapf ist zu verwerfen, da vermittels des Staubes die Bacillen leicht der Luft mitgetheilt werden. Das Leinen der Phthisiker (Betttuch etc.) ist durch Kochen zu reinigen. Das Bett eines Phthisikers ist nicht weiter zu benutzen. Hôtels, Chambre-garnie-Wohnungen sind so zu möbliren, dass sie leicht desinficirt werden können. Kleidungsstücke, Toilettegegenstände etc. von Phthisikern dürfen erst nach erfolgter Desinfektion anderweitig benutzt werden. Was die Nahrung anbelangt, so ist die Milch genügend zu kochen, ungekochte Esels- oder Ziegenmilch bietet weniger Gefahren. Eine tuberkulöse Mutter darf nicht stillen. Als prädisponirt sind besonders vor der Infektion zu hüten: die Kinder tuberkulöser Individuen, ferner durch Entbehrungen und Excesse geschwächte Personen und Kinder während der Masern, Keuchhusten und Variola, besonders Diabetiker. **Rönick** (Berlin).

14. **L. Bard et J. Curtillet.** Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la maladie bleue.

(Revue de méd. 1889. No. 12. December 10.)

Verff. wenden sich in ihrer Abhandlung gegen diejenige Theorie, welche die kongenitale Cyanose ausschließlich durch venöse Stauung zu erklären sucht. Sie geben zu, dass die Stauung den wesentlichen Faktor bei der Entstehung der Cyanose ausmacht, bringen aber auch Fälle, welche zeigen, dass die livide Färbung vorwiegend auf der Mischung von venösem mit arteriellem Blut beruht. Sie unterscheiden zwischen einer Früh- und Spätform. Während die erstere schon im Kindesalter das bekannte Symptomenbild bietet, bleibt die letztere latent, bis gelegentlich einer Lungenkomplikation oder bei Eintritt momentaner Herzschwäche der Blutdruck in der rechten Herzhälfte steigt, das Foramen ovale öffnet und ein Einströmen des venösen Blutes aus dem rechten in den linken Vorhof gestattet. Dass, so lange der Blutdruck im linken Atrium größer ist als im rechten, eine Kommunikation beider Herzhälften nicht stattfinden kann, ist leicht ersichtlich. Da wesentlich neue Gesichtspunkte die Verff. nicht bringen, genügt es, die Arbeit kurz angeführt zu haben. **Rönick** (Berlin).

15. **Moncorvo.** De l'emploi du strophanthus dans la thérapeutique infantile.

(Union méd. 1890. No. 1—3.)

Verf. hat in Rio de Janeiro die Wirkung des Strophanthus bei Kindern in den verschiedensten Lebensjahren erprobt und stellt über die gewonnenen Ergebnisse folgende Schlusssätze auf:

1) Strophanthus ist ein ausgezeichnetes Herzmittel und Diureticum in der Kinderpraxis, sowohl in Bezug auf die Stärke und Schnelligkeit seiner Wirkung als die vollkommene Unschädlichkeit selbst bei Kindern im 1. Lebensjahre.

2) Bei Affektionen der Mitralis oder Tricuspidalis mit Hyposystolie und Oligurie stellt Strophanthus in Gestalt der alkoholischen Tinktur (Fraser) den Herztonus wieder her, regelt den Rhythmus der Herzschläge und die Höhe und Stärke des Pulses.

3) Bei Erkrankungen der Lungen oder Bronchien bei Kindern, welche so häufig mit Herzinsufficienz vergesellschaftet sind, leistet Strophanthus als Herztonicum ausgezeichnete Dienste. Es hat sich dies bei Kranken im Alter von 9 bis 11 Jahren mit Asthma gezeigt.

4) Die therapeutische Wirkung des Strophanthus scheint keine vorübergehende zu sein, denn bei vielen Kindern hielten die guten Ergebnisse seines Gebrauchs noch lange nach Aufhören der Darreichung an.

5) Ein deutlicher Einfluss des Mittels aufs Nervensystem oder Temperatur konnte nicht festgestellt werden.

6) Bei allen Pat. wurde die alkoholische Tinktur des Medikamentes angewendet, und zwar individuell nach Alter und dem Leiden 4—18 Tropfen in 24 Stunden.

G. Meyer (Berlin).

16. **Mandelstamm.** Klinische Beobachtungen über die Wirkung der minimalen Dosen von Phosphor in der englischen Krankheit.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXX. Hft. 4.)

Die an 216 rachitischen Kindern (120 Knaben, 96 Mädchen) nach Kassowitzscher Methode angestellten Beobachtungen ergaben Folgendes:

1) Die klinischen Beobachtungen berechtigen völlig das Anwenden des Phosphors in der Rachitis.

2) Phosphor wirkt besser, schneller und sicherer als andere Mittel auf das Wesen des rachitischen Processes.

3) Ein langer Gebrauch von Phosphor in kleinen Dosen wird von den Kindern gut vertragen, verursacht keine Störungen, die man berechtigt wäre, dem Phosphor zuzuschreiben.

4) Phosphor wirkt am günstigsten auf die Nervenzufälle, die die Rachitis be-

gleiten; diese Anfälle nehmen sehr schnell ab, die Kehlkopfkrämpfe verschwinden und das allgemeine Befinden verbessert sich.

5) Periodische Messungen und Wägungen der Kinder sowohl, als das Berücksichtigen der Knochensymptome zeigt uns, dass unter dem Einflusse des Phosphors der rachitische Process sich zu entwickeln in den meisten Fällen aufhört und die Krankheit schwindet. **Martin Cohn** (Hamburg).

17. **Reimer.** Beiträge zur Lehre vom Fieber beim Scharlach.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXX. Hft. 1.)

Die vorliegende Arbeit verdient eine besondere Beachtung desshalb, weil sie auf der Basis von 3460, größtentheils der Hospitalpraxis entnommenen Fällen aufgebaut ist. Die Mortalitätsverhältnisse stellen sich folgendermaßen:

1) Unkomplicirter Scharlach:
   a) leichte Form = —
   a) schwerere Form = 83,76%
2) Komplicirter Scharlach:
   a) kurzer mittelleichter = 2,08%
   b) » mittelschwerer = 6,94%
   c) mittellanger leichter = 5,66%
   d) » schwerer = 39,34%
   e) protrahirter leichter = 26,47%
   f) » schwerer = 79,99%
3) Scharlach im Gefolge anderer Krankheiten = 81,96%.
4) » gefolgt von anderen » = 44,32%.

Der Fieberverlauf der einzelnen Gruppen wird an Kurven demonstrirt und bietet eine Reihe interessanter Einzelheiten. Besonders auffallend ist die Form des hyperpyretischen Scharlachs (211 Fälle). Die Kurve steigt steil an, mit kaum nennenswerthen Morgenremissionen und führt schon am 3.—4. Tage bei 42 bis 42,5, sogar 43, den letalen Ausgang herbei, oder wo die Temperatur andererseits unter die Norm sank, um unter heftigen Collapserscheinungen den Tod herbeizuführen.

Das Charakteristische der Form 2a (komplicirter, kurzer mittelleichter Scharlach) besteht in der Eigenschaft, keine Temperatursteigerungen von erheblicher Dauer zu machen, dagegen aber fast ans Kritische grenzende Temperatursenkungen zu machen.

Die Beobachtungen über die Dauer des Prodromalstadiums lassen Verf. dasselbe auf die Dauer von höchstens 2 Tagen beschränken, eine Annahme, die mit einer großen Anzahl anderer Beobachter (Thomas, West u. A.) in Widerspruch steht.

Für das pyrogenetische Stadium und die Akme lassen sich die Fieberkurven nicht, wie beim Typhus, in einen bestimmten Rahmen zwängen; höhere Mittags- und Morgen- als Abendtemperaturen gehören beim Scharlach durchaus nicht zu den Seltenheiten.

Hydrotherapeutische Behandlung wurde in 978 Fällen angewendet und zwar in den verschiedensten Formen und verschiedenster Intensität; über den Einfluss derselben und der in anderen Fällen angewendeten Behandlungsmethoden auf den Fieberverlauf muss auf das Original verwiesen werden.

Martin Cohn (Hamburg).

18. **Fabre.** Des effets des cantharides ingérées en nature.

(Gaz. méd. de Paris 1889. No. 46.)

Ein 29jähriger Mann nimmt des Morgens eine viertel Stunde nach dem Frühstück einen Kaffeelöffel voll gepulverte Kanthariden; die Thiere hatte er selbst einige Tage vorher in einem Garten gesammelt. 9 Stunden später besteht heftiger Urindrang, Kitzel im Penis und gegen das Collum vesicae hin, brennender Schmerz bei der Entleerung des Urins. Keine Erektionen. Der Urin ist blutig roth. In der Lendengegend keine Schmerzen; kein Hitzegefühl im Rachen, keine Übelkeit oder Erbrechen. Puls 68; großes Angstgefühl, Gesicht blass, Augen tiefliegend,

Körper mit kaltem Schweiß bedeckt. Unter passender Behandlung war der Kranke nach 7 Tagen vollkommen wieder hergestellt. Im Urin waren viele rothe Blutkörperchen und reichlicher Eiweißgehalt vorhanden.

Die theilweise Anfüllung des Magens mit dem Frühstück hatte eine direkte Reizung desselben verhindert. Das Mittel hatte daher nach Resorption nur auf den Gesammtorganismus, besonders Nieren und Blase, eingewirkt. Bemerkenswerth ist, dass in diesem Falle nach der Einnahme der Kanthariden sich keine Erektionen eingestellt hatten. **G. Meyer** (Berlin).

19. **Paris.** Note sur un cas de guérison de tétanos dit spontané.

(Union méd. 1890. No. 8.)

Ein 65jähriger Insasse einer Irrenanstalt, der mit Gartenarbeit beschäftigt wurde, bot plötzlich einige Vorboten von Tetanus dar, welche unter Chloralgebrauch bald verschwanden. Einige Wochen später zeigten sich dieselben Erscheinungen, welche sich bald weiter ausdehnten, aber dieses Mal bei Chloraldarreichung nicht wichen. Etwa 16 Tage darauf klagte Pat. über starke Schmerzen im rechten Bein. Da dieselben bei verschiedenen Medikationen nicht aufhörten, wurden 3 g Antipyrin verordnet. Da hiernach sich bereits am nächsten Tage beträchtliche Besserung einstellte, erhielt der Kranke an den beiden folgenden Tagen noch je 3 g Antipyrin, worauf die Schmerzen und Krämpfe vollkommen nachließen, um nicht wiederzukehren. Verf. empfiehlt daher das Antipyrin zur Nachprüfung bei Kranken mit Tetanus. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Troje.** Über Diabetes mellitus.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. p. 279.)

Verf. theilt die Ergebnisse seiner diätetischen Studien mit, welche er auf der Naunyn'schen Klinik zu Königsberg an Diabetikern schwereren Grades angestellt hat, um das Verhalten der Assimilationskraft des diabetischen Organismus für Kohlehydrate gegenüber einer successiv gesteigerten Zufuhr der letzteren zu prüfen. Die 4 Diabetiker standen unter der denkbar schärfsten Aufsicht. Sämmtliche lange Zeit hindurch fortgesetzten Versuchsreihen gaben auf die Frage, ob Steigerung der Zucker- (Kohlehydrat-) Zufuhr um eine bestimmte Größe die Zuckerausfuhr um mehr als dieselbe Größe steigern kann, eine absolut verneinende Antwort. Neben diesem interessanten Ergebnis konstatirte Verf. im Gegensatz zu anderweitigen Angaben, dass in der Mehrzahl der Fälle die Diabetiker bei strengster Fleischdiät monatelang sich vollkommen gut befinden.

Peiper (Greifswald).

21. **O. Körner** (Frankfurt a/M.). Ein Fall von diabetischer primärer Ostitis des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss größerer Operationen auf den Verlauf des Diabetes.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXIX. p. 61.)

Mittheilung eines Falles von diabetischer Ostitis des Warzenfortsatzes im Anschluss an die Publikation zweier Fälle von Prof. Kuhn in Straßburg (Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. XXIX, p. 29: Über Erkrankungen des Ohres bei Diabetikern). 2 Monate nach Beginn der Ohreneiterung wurde die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes vorgenommen; 13 Wochen nach der Operation war Pat. geheilt. Hervorgehoben wird, dass die Erkrankung des Warzenfortsatzes das Primäre und die Eiterung das Sekundäre ist und weiterhin, dass durch den operativen Eingriff zunächst eine Vermehrung des Zuckers von 0,3—2,3% herbeigeführt wurde, dass indess am nächsten Tage der Procentsatz wieder der nämliche wurde.

B. Baginsky (Berlin).

22. **O. Körner** (Frankfurt a/M.). Statistische Beiträge zur Kenntnis des ostitischen Hirnabscesses.

(Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXIX. p. 15.)

Nachdem Verf. bereits im 27. Bande des Archivs für Ohrenheilkunde 67 Fälle von otitischem Hirnabscess tabellarisch zusammengestellt hat, hat er nunmehr

weitere 100 Fälle gesammelt; davon sind 91 zur Sektion gekommen, in den übrigen 9 wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt. In 62 Fällen fanden sich Abscesse im Großhirn, in 32 im Kleinhirn und in 6 im Groß- und Kleinhirn, und es hat sich weiterhin gezeigt, dass ein recht erheblicher Theil der im Verlauf einer Ohreneiterung zur Entwicklung kommenden Hirnabscesse sehr nahe dem Orte des primären Leidens und nicht selten in nachweisbarer Kontinuität mit demselben sich findet; daher liegen die von einem erkrankten Felsenbein aus entstehenden Hirnabscesse entweder im Schläfenlappen oder in der Kleinhirnhälfte der gleichen Seite. Die häufigste Komplikation des otitischen Hirnabscesses ist die Phlebothrombose des Sinus transversus. Zum Schluss bespricht Verf. etwaige differentialdiagnostische Momente zwischen den otitischen Abscessen im Schläfenlappen und im Kleinhirn. **B. Baginsky** (Berlin).

23. **Rohrer.** a) Ein Fall von Rhinolitenbildung. b) Ptyolit im Ductus Whartonianus.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 2.)

a) Eine 48jährige Frau kommt wegen schweren Gehörleidens in Behandlung. Subjektive Geräusche, häufige Kopfschmerzen, besonders aber Beschwerden seitens des Nasenrachenraumes und der Nase. Respiration durch die Nase fast vollständig aufgehoben; starke Ozaena; linke Nasenhälfte schon äußerlich vergrößert, gegen die Wange verschoben und prominent. In beiden Nasengängen reichliche, grauweiße Krusten, die rechts leicht entfernt werden können. Links ein Konkrement, das der Entfernung lebhaften Widerstand entgegensetzt. Schließlich gelingt es, den muschelförmigen Stein zu entfernen, und es zeigt sich dann, dass sich vom linken unteren Nasengange aus eine starke Usur gegen den Oberkiefer hin entwickelt hatte. In dieser Ausbuchtung lag der Kern des Steines. Der getrocknete Stein wog 2,2 g. Er hatte mit den Fortsätzen im unteren Nasengange eine Länge von nahezu 3 cm, der Körper des Steines ist 2 cm lang; die Höhe beträgt 1,7 cm. Das ganze Gebilde sieht vollkommen wie Kalksinter aus; der Kern ist gelblich, klingend hart, die Auswüchse sind mehr grauweiß und etwas weniger hart. Die erwähnten Beschwerden der Pat. besserten sich bald nach Entfernung des Steines.

b) Pat. mit bedeutender Schwellung und entzündlicher Reizung links neben dem Frenulum lingual. Bei der Untersuchung fühlte die Sonde ein steinhartes Gebilde, das mit einer bleistiftknopfgroßen, weißen, steinartigen Fläche aus der enorm erweiterten Mündung des Ductus Whartonianus hervorsah. Nach ausgiebiger Incision kam zunächst ein dem Ductus entsprechender, gekrümmter Appendix und dann der haselnussgroße Speichelstein zum Vorschein. Der Stein wiegt 0,63 g, ist 1,5 cm lang, 1 cm breit und 0,9 cm dick. Auf der unteren Fläche ist in der Medianlinie eine deutliche Rinne, auf der oberen Fläche ist das Aussehen sinterartig, fast ganz glatt; der ganze Stein ist schön weiß und klingend hart.

M. Cohn (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

24. **F. Röhmann.** Anleitung zum chemischen Arbeiten für Studirende der Medicin.

Berlin, **L. Simion,** 1890. 198 S. Mit 17 Abbildungen im Text, 2 Tafeln in Lichtdruck und 1 Spektraltafel.

25. **H. Tappeiner.** Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen am Krankenbette. Vierte vermehrte und verbesserte Auflage.

München, **M. Rieger,** 1890. 88 S. Mit 8 Holzschn.

Der erste dieser beiden Leitfäden ist in der Absicht verfasst worden, dem Studirenden einen Wegweiser für das methodische Arbeiten im Laboratorium an

die Hand zu geben. Nicht einen detaillirten Abriss der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse darf daher der Leser in ihm zu finden erwarten, sondern, wie der Autor selbst in der Vorrede hervorhebt, lediglich eine Unterstützung für die Übungen in praktischen Kursen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, sind bei der Besprechung der Eigenschaften der einzelnen Körper, ihrer Reaktionen etc. alle diejenigen Angaben bei Seite gelassen worden, welche aus größeren Lehrbüchern unschwer zu entnehmen sind. Nur bei den wichtigsten Darstellungen und analytischen Methoden, wird auch des sonstigen Verhaltens der betreffenden Substanzen mit einigen Worten Erwähnung gethan; eben so hat der Verf. einen nicht unbeträchtlichen Theil der Reaktionen nur angeführt, ohne auf eine nähere Beschreibung des Verlaufes derselben oder ihrer Werthigkeit einzugehen. In Folge dieser dem Zweck des Buches entsprechenden Kürze tritt der Grundplan desselben um so deutlicher und klarer hervor, während auf der anderen Seite dem im Laboratorium Arbeitenden ein gewisses Maß eigener Initiative und Nachdenkens zugedacht ist, welches in Verbindung mit der direkten Anweisung des Lehrers nur dazu beitragen kann, die Anschauung zu fördern und die praktische Thätigkeit zu einer wirklich fruchtbaren zu gestalten.

Der erste Theil des kompendiösen Werkes ist der qualitativen anorganischen Analyse gewidmet, wobei der Verf. u. A. die analytischen Tabellen A. W. Hofmann's zu Grunde gelegt hat. In dem zweiten Theil, welcher die physiologisch-chemischen Untersuchungsmethoden umfasst, werden in 9 Abschnitten hinter einander die Kohlehydrate, Eiweißkörper, der Magensaft, das Pankreas, Leber und Galle, Blut, Muskel, Milch und Harn abgehandelt. Trotz der Kürze der Darstellung fehlen Litteraturhinweise auf wichtigere, grundlegende Arbeiten nicht, wie auch die hauptsächlichsten Apparate durch gelungene, in Holzschnitt ausgeführte Abbildungen veranschaulicht sind. 12 nach Mikrophotographien angefertigte Lichtdruckbilder geben endlich ein getreues Abbild einer Anzahl für die Erkennung wichtiger Krystallformen wieder. —

Die noch um Vieles kürzere Anleitung T.'s, welche bereits in 4. Auflage vorliegt, verfolgt einen durchaus anderen Zweck, indem sie vorzugsweise der Unterweisung des praktischen Mediciners bei der Anstellung der wichtigeren chemischen Untersuchungen am Krankenbett dienen will. Diesen Zweck erreicht der Verf. gleichfalls in vollkommener Weise durch eine übersichtliche und knappe, jedes unnöthigen Ballastes entbehrende Darstellung, wobei nichtsdestoweniger besondere chemische Vorkenntnisse nicht vorausgesetzt und der Hergang einer jeden Reaktion, ihre Ausführung und ihr Werth mit genügender Ausführlichkeit aus einander gesetzt wird. Den Haupttheil (61 Seiten) des Büchelchens nimmt naturgemäß die Besprechung des für den Praktiker wichtigsten Untersuchungsobjektes, des Harns, ein. Hieran schließen sich in kurzer Darstellung die Prüfungsmethoden des Mageninhaltes, die Untersuchung der Fäces, einiger Konkremente, und endlich der pathologischen Trans- und Exsudate. Besonders eingehend ist der Nachweis des Albumens und Zuckers im Harn abgehandelt. Wir können das handliche Büchelchen, welches der praktische Arzt bequem bei sich führen kann, auf das Beste den Kollegen empfehlen. **A. Fraenkel** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und Bericht über die Verhandlungen des IX. Kongresses für innere Medicin.

Bericht über die Verhandlungen

des

IX. Kongresses für innere Medicin,

abgehalten vom 15.—18. April 1890 zu Wien.

Beilage zum Centralblatt für klin. Medicin 1890. No. 27.

Inhalt.

I. Referate nebst Diskussionen:

Erstes Referat: Die Behandlung der Empyeme. **Immermann** (Referent), **Schede** (Korreferent). Diskussion: Fraentzel, Curschmann, Hofmokl, Leyden, Ewald, v. Ziemssen, Fürbringer, Eisenlohr, Storch, Korányi, Maydl, Winter, Billroth, Mosler, Rydygier, Runeberg, Weber, Immermann, Schede.

Zweites Referat: Die Behandlung des chronischen Morbus Brightii. **Senator** (Referent), **v. Ziemssen** (Korreferent). Diskussion: Mosler, Winternitz, Ewald, Klemperer, Lenhartz, Pribram, Bauer.

II. Vorträge und Demonstrationen nebst Diskussionen:

Fürbringer, Zur Klinik der Knochenentzündungen typhösen Ursprungs. Diskussion: Mosler, Fürbringer. — **Unna**, Über die insensible Perspiration der Haut. Diskussion: Senator. — **Mosler**, Über Pemphigus. Diskussion: Schwimmer, Kaposi, Ehrmann, Neumann, Weber, Purjesz, Mosler. — **Wernicke**, Aphasie und Geisteskrankheit. — **v. Ziemssen**, Über die gestielten und Kugelthromben des Herzens. Diskussion: Ewald, v. Ziemssen. — **Gans**, Über das Verhalten der Magenfunktion bei Diabetes mellitus. — **Bäumler**, Über die Influenza. — **Adamkiewicz**, Über den pachymeningitischen Process. — **v. Frey**, Über die Beziehungen zwischen Pulsform und Klappenschluss. — **Romberg**, Beiträge zur Herzinnervation. Diskussion: v. Basch, His. — **Krehl**, Über die Veränderungen der Herzmuskulatur bei Klappenfehlern. — **Stadelmann**, Über den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel. — **Klemperer**, Fieberbehandlung und Blutalkalescenz. Diskussion: Kraus. — **Cantani**, Über Darmantisepsis. — **E. Pfeiffer**, Über kieselsauren Harnsand. — **Schmid**, Zur Kritik der Behandlung der Lungentuberkulose mittels des Weigert'schen Heißluftapparates. — **Eppinger**, Über eine neue pathogene Cladothrix und eine durch sie hervorgerufene Pseudotuberculosis. — **Browicz**, Demonstration von Bewegungsphänomenen an rothen Blutkörperchen in schweren anämischen Zuständen. — **Sternberg**, Über Sehnenreflexe. — **Leubuscher**, Über die Beeinflussung der Darmresorption durch Arzneimittel. — **Schott**, Zur akuten Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung. — **Lenhartz**, Über das Verhalten der linken Herzkammer bei Mitralstenose. — **Hürthle**, Über den Semilunarklappenschluss. — **Peiper**, Experimentelle Studien über die Folgen der Ausrottung des Plexus coeliacus. — **Winternitz**, Über eine eigenthümliche Gefäßreaktion in der Haut. — **Dolega**, Zur Ätiologie der Malaria. — **Rothziegel**, Über Strophanthin. — **Jacob**, Blutdruck und Pulsgröße im lauen bezw. kohlensauren Bade und deren Bedeutung fürs Herz. — **Stern**, Über die Wirkung des menschlichen Blutes und anderer Körperflüssigkeiten auf pathogene Bakterien.

Statuten-Änderung, betreffend die Wahl des Versammlungsortes für künftige Kongresse. Antragsteller: Bäumler; Begründung: v. Ziemssen.

H. Immermann. Die Behandlung der Empyeme. (Referat.)

Ref. erinnert daran, dass die Behandlung der Empyeme schon einmal auf einem der Kongresse für innere Medicin (1886 in Wiesbaden) Gegenstand des Referates bildete, obwohl damals das Thema (operative Behandlung der Pleuraexsudate) etwas anders lautete. Da indessen der Schwerpunkt der Behandlung, gerade bei Empyemen, in dem operativen Momente liegt, so bildet das gegenwärtige

Thema in der That doch nur eine engere Umgrenzung des damaligen. Als Hauptindikationen für die Therapie der Empyeme dürfen gelten:

1) den vorhandenen Eiter zu entfernen,

2) die Wiederansammlung desselben zu verhüten,

3) das normale, anatomische wie physiologische Verhalten des respiratorischen Apparates so direkt und so vollständig als möglich wieder herzustellen.

Von diesen 3 Indikationen erfordert nun aber schon die erste an und für sich in der Regel ein operatives Vorgehen.

Spontanresorption findet zwar auch unter Umständen statt und ist bei metapneumonischen Empyemen, wenn sie nur Pneumokokken enthalten, sogar häufig. Sobald hingegen andere Mikroorganismen pyogener Natur (Streptokokken, Staphylokokken, Tuberkelbacillen) an der Erzeugung des Empyems die Schuld tragen oder mitbetheiligt sind, ist wegen der Lebenszähigkeit dieser übrigen Eitererreger auf Spontanresorption kaum zu rechnen. Daher der progressive Charakter der allermeisten Empyeme, welcher im Allgemeinen ein aktives Einschreiten nothwendig macht.

Innere, sogenannte resorptionsbefördernde Mittel haben sich bei dieser Art Empyemen als völlig unzureichend erwiesen, die spontane Abkapselung des Eiters ist ein sehr seltenes Ereignis, und der spontane Durchbruch des Empyems nach irgend welcher Seite hin kann unberechenbare Folgen haben. Da er dem Leben des Kranken unter Umständen direkt bedrohlich werden kann, soll er besser auch nicht abgewartet werden. Es ist darum, von reinen Pneumokokkenempyemen abgesehen, bei denen man zunächst exspektativ sich verhalten darf, eine operative Entfernung des Eiters für alle übrigen Empyemformen das einzig zweckentsprechende Mittel.

Um ferner bei vorhandenem Pleuraexsudate sicher zu sein, ob ein Empyem vorliegt oder nicht, und um in letzterem Falle die bakteriologische Species desselben genauer kennen zu lernen, ist von der Explorativpunktion ein möglichst umfassender Gebrauch zu machen, die, antiseptisch ausgeführt, ein durchaus unbedenklicher Eingriff ist.

Es gilt aber nicht allein, den vorhandenen Eiter zu entfernen, sondern auch zweitens, die Wiederansammlung zu verhindern. Letztere droht jedes Mal, so oft mit Eiterresten auch lebende Eitererreger zurückbleiben, ein Fall, der aber gewöhnlich zutrifft. Es kommen desshalb für die operative Behandlung der Empyeme wesentlich nur solche Methoden in Frage, die auch eine regelmäßige und vollständige Entfernung der Eiterreste und der Eiternachschübe ermöglichen.

Die Erfüllung der dritten Indikation (direkte und vollständige Wiederherstellung der normalen respiratorischen Verhältnisse) bleibt häufig ein frommer Wunsch. Zunächst natürlich da, wo irreparable Erkrankung der Lunge (Phthise) neben dem Empyeme besteht, ferner

bei perforativem Pneumopyothorax, endlich auch bei veralteten und vernachlässigten Empyemen allein, wenn die Lunge wenig ausdehnbar oder fester adhärent geworden ist. In allen solchen Fällen wird man sich besten Falles mit einer relativen Heilung oder Herstellung mit Defekt begnügen müssen, und oftmals müssen unter solchen Umständen relativ geringe therapeutische Effekte noch erst durch sehr erhebliche operative Eingriffe theuer erkauft werden. Es gilt darum, in jedem Falle die Grenzen des therapeutisch Erreichbaren im Voraus approximativ festzustellen, Einsatz und möglichen Erfolg sorgsam zu vergleichen und hiernach den Kurplan einzurichten. Fällt das Resultat der Rechnung sehr ungünstig aus, so ist es besser, den Kranken zu schonen und sich mit palliativen Maßregeln zu begnügen.

In einfachen und frischen Fällen hat man dagegen sehr entschieden die Herstellung unter möglichster Wahrung des noch erhaltenen anatomischen Bestandes und der noch erhaltenen physiologischen Heilpotenzen zu erstreben, und es erscheint, zunächst a priori, nicht angemessen, die Kur immer sofort mit einer ausgedehnteren Mutilation der noch intakten Brustwandung und mit der Erzeugung eines artificiellen Pneumothorax ohne jede Schonung zu beginnen. Solche große chirurgische Eingriffe sollten vielmehr nur für die schwierigeren Fälle, als unliebsamer Nothbehelf, reservirt bleiben, denn Eines schickt sich nicht für Alle.

Ref. bespricht sodann kurz die einzelnen gebräuchlichen Methoden der Empyembehandlung und versucht zu zeigen, in wie weit sie den gestellten Indikationen entsprechen oder nicht? Zunächst die einfache (beziehungsweise aspiratorische) Punktion oder Thorakocentese. Ihre Anwendung als kurative Methode kommt für die heutige Behandlung des Empyems kaum noch in Frage, da es nicht gelingt, selbst bei wiederholter Vornahme, die Eitererreger auf diesem Wege aus dem Thorax völlig herauszubefördern und Wiederansammlung darum die Regel ist. Nur bei reinen Pneumokokkenempyemen, die nicht mehr wachsen, verspricht diese Methode mehr als palliative Erfolge, doch zeigen die nämlichen Fälle auch große Neigung zur Spontanresorption und machen damit wohl meist die Punktion überflüssig. Dagegen darf die periodisch wiederholte einfache Thorakocentese zu palliativen Zwecken beibehalten werden in desperaten Fällen, die ein radikaleres Vorgehen nicht mehr gestatten.

Durch nachfolgende Irrigation mit desinficirenden Flüssigkeiten hat man den Erfolg der Punktion zu sichern versucht (Baelz und Kashimura a. A.), jedoch ohne durchschlagenden Erfolg. Die Desinfektion der Pleurahöhle misslingt meist und muss auch im Allgemeinen misslingen, weil gewöhnlich im pleuralen Gewebe selbst zahlreiche Eitererreger lebend zurückbleiben und ihr Spiel alsbald von Neuem beginnen.

Rationeller erscheint die Perrigation der Pleurahöhle mittels

zweier, diametral (vorn unten und hinten oben) gemachter Punktionsöffnungen und eingelegter verschließbarer Dauerkanülen (Michael). Diese Methode gestattet tägliche Durchspülung des Thoraxraumes und damit auch, ohne dass ein Pneumothorax entsteht, ausgiebige Entfernung des nachgebildeten Eiters. Zwei größere Empyeme von längerem Bestande bei Kindern heilten auf diese Weise in auffallend kurzer Zeit (14 Tagen).

Die permanente Fortschaffung der Eiternachschübe bildet auch die leitende Idee bei der sogenannten Radikalmethode der Empyembehandlung, deren verschiedene Modifikationen das Eine mit einander gemein haben, dass mindestens an einer Stelle der Thorax breiter eröffnet und eine äußere Brustfistel angelegt wird, die so lange offen zu bleiben hat, bis die Ausheilung übrigens erfolgt ist. Seit der allgemeineren Einbürgerung dieses Verfahrens hat sich die Prognose der einfacheren Fälle außerordentlich gebessert; die Letalität für sie beträgt gegenwärtig nur noch etwa $^1/_4$—$^1/_5$ der früheren, sehr hohen Letalität des Empyems überhaupt (80 %). Selbst jauchige Empyeme sind jetzt bei diesem Verfahren längst nicht mehr so bedenklich als früher, und die Gefahr des Empyems hängt augenblicklich weit mehr von etwaigen Grundleiden und Komplikationen ab, als von ihm selber.

Ref. giebt nunmehr eine ganz kurze historische Skizze von der Ausbildung der Radikalmethode, deren höchst beachtenswerthe Anfänge sich auf Hippokrates und die Asklepiaden zurückführen lassen. Die jetzt vornehmlich geübte Technik, auch bei einfacheren und frischeren Fällen, ist die von König empfohlene Eröffnung vorn oder hinten seitlich am Thorax mit subperiostaler Resektion eines Rippenstückes, Säuberung der Pleurahöhle von den Gerinnseln, Drainage und antiseptischer Deckverband. Nachspülungen nur bei Stagnationen des Eiters, welche letztere indessen doch meist nicht ganz zu umgehen sind, da ein vollständiger spontaner Abfluss der Eiternachschübe auf diesem Wege in der Regel doch nicht ermöglicht wird.

Um die Nachspülungen ganz überflüssig zu machen, welche nicht nur belästigend, sondern auch hinderlich für die Ausheilung wirken, ja sogar durch Zurücktreiben der Eitererreger in das erkrankte Gewebe direkt bedenklich erscheinen müssen, empfiehlt neuestens Küster wiederholt bei kleineren, abgesackten Empyemen das Ausstopfen der Höhle mit Jodoformmull, bei umfänglicheren Empyemen dagegen den Doppelschnitt (vorn und hinten an möglichst tiefer Stelle, dicht am Zwerchfelle) mit hinterer ausgiebiger Rippenresektion und nachfolgender totaler (querer) Drainage des ganzen Brustraumes. Die statistischen Ergebnisse bei letzterem Verfahren sind ausnehmend günstige (76,8 % Herstellungen und nur 14,3 % Todesfälle bei nichtkomplicirten Empyemen jüngeren und älteren Datums). Interessant ist, dass bereits Hippokrates und

die Asklepiaden auf den tiefsten Punkt zur Anlegung der Öffnung für den Eiterabfluss Werth legten und hiernach handelten.

So glänzend nun aber auch diese Erfolge des Radikalverfahrens zweifellos sind, so wird durch dasselbe dennoch nicht eine korrekte Heilung (in anatomisch-physiologischem Sinne) des Empyems herbeigeführt. Die Ausheilung erfolgt vor Allem nicht durch natürliche Wiederentfaltung der Lunge, sondern durch feste, allseitige Obliteration des Pleuraraumes, bei welcher jene ihre normale Verschieblichkeit total einbüßt, ferner durch kompensatorische Einziehung des Thorax mit Difformität, endlich unter ausgedehnter Narbenbildung in den Weichtheilen und mit Defekten in der knöchernen Brustwand. Sehr irrationell bei der offenen Behandlung der Empyeme ist namentlich die Schaffung eines Pneumothorax, als Zwischengliedes, da durch ihn an Stelle eines negativen Druckes im Brustraume, der der natürlichen Expansion der Lunge zu Hilfe käme, ein sehr schädlicher, positiver gesetzt wird. Diesen großen Übelstand umgeht nun in geschickter Weise die jetzt nach Bülau benannte Methode der permanenten Aspirationsdrainage, auf welche Ref. zum Schlusse noch etwas näher eingeht.

Das physikalische Princip dieser Methode, die außer in Hamburg, auch neuerdings noch in Basel, Berlin und Graz mit Erfolg versucht wurde, ist der Heber; ihre Ausführung geschieht durch luftdichte Einführung eines längeren elastischen Drains in den Thorax unter Leitung der Kanüle eines seitlich an abhängiger Stelle eingestoßenen dickeren Trokars. Die Kanüle wird hernach über das Drainende hinweg wieder aus der Thoraxwandung entfernt, das Drainrohr selbst aber bleibt liegen und wird äußerlich mit einem längeren Schlauche verbunden, der am Boden in ein Gefäß mit desinficirender Sperrflüssigkeit taucht. Durch den so ins Werk gesetzten Heber werden nun sowohl zunächst die angesammelten Eitermengen, wie später auch die Eiternachschübe kontinuirlich aus dem Thorax herausgesogen, während gleichzeitig eine Wiederausdehnung der Lunge unter negativem Drucke, also in durchaus natürlicher Weise, zu Stande kommt. Ist die Lunge noch vollkommen und leicht ausdehnbar (bei frischen Empyemen), so genügt die Heberwirkung allein; andernfalls kann letztere durch weitere Aspirationsvorrichtungen unten am Schlauche (Flasche, Saugspritze) zeitweilig oder dauernd verstärkt werden, was namentlich auch noch bei dickflüssiger Beschaffenheit des Eiters sich vortheilhaft erweist. Gerinnsel, welche den Schlauch zu verstopfen drohen, werden entweder auch so herausbefördert, oder durch gelinde Pulsion in den Thorax zurückgetrieben, wo sie allmählich zerfallen resp. verflüssigt werden.

Die purulente Absonderung nimmt rasch an Menge ab und wird nach und nach serös, weil die erkrankte Pleura (durch Aussaugung) allmählich von ihren Eitererregern entlastet wird. Später wird der Schlauch mehr und mehr gekürzt und zugleich mit dem Versiegen der Sekretion, successive aus dem Thorax herausgezogen. Der Pat.

kann schon vorher das Bett verlassen und ist schließlich (nach einigen Wochen) ohne Difformität und Defekt, mit nahezu normaler Aktionsfreiheit der Lunge geheilt.

Die Vortheile sind evident; die Ausführbarkeit ist jedoch an die Bedingung geknüpft, dass die Lunge noch ausdehnbar ist und der Saugwirkung gehörig nachfolgen kann. Ist dieses überhaupt nicht mehr der Fall (bei Pyopneumothorax, bei vorgeschrittener Phthisis, bei ganz veralteten Empyemen), so tritt auch keine Saugwirkung ein; dehnt sich die Lunge zwar theilweise, aber nicht völlig wieder aus (in manchen Fällen von Phthisis incipiens, bei vorhandenen Adhärenzen, in etwas älteren Fällen), so bleiben auch Empyemreste zurück, die kleinere Nachoperationen erforderlich machen. Immerhin darf man in letzteren Fällen die Aspirationsdrainage zunächst versuchen und sehen, wie weit man mit derselben kommt.

Das Hauptfeld für die Anwendung der Methode bilden die umfänglichen frischen Empyeme ohne sonstige Komplikationen mit nicht zu dickem Eiter, die durch Streptokokken oder Staphylokokken bedingt sind, insbesondere auch die doppelseitigen Empyeme dieser Art, bei welchen eine doppelte offene Brustfistel doch nicht angelegt werden darf. Metapneumonische Empyeme lassen sich auch so behandeln, doch machen bei ihnen die gewöhnlich sehr dickflüssige Beschaffenheit des Eiters, ferner fibrinöse Verklebungen der Lunge mit der Brustwand öfter Schwierigkeiten für die Entleerung. Bei jauchigen Empyemen wird man besser die schneller entleerende Radikalmethode wählen, um den Kranken vor den Gefahren der Intoxikation mit Fäulnisstoffen zu schützen.

Zum Schlusse giebt Ref noch eine statistische Übersicht über das bisher durch die Aspirationsdrainage Geleistete, nach dem ihm zugänglichen Materiale aus Hamburg, Berlin, Graz und Basel, zum Wenigsten über die Resultate in einfachen oder nicht schweren komplicirten Fällen jüngeren und älteren Datums. Von 57 Kranken dieser Art starben nur 3 (5%), in 5 Fällen (9%) waren Nachoperationen (kleinere Rippenresektionen) erforderlich, die übrigen 49 Fälle (86%) heilten direkt. Die Erfolge sind also sehr günstige, günstigere sogar noch, wie bei der Radikalmethode nach Küster, und der Vorwurf dieses letzteren, die Anwendung der Aspirationsdrainage bedeute in der Behandlung der Empyeme einen Rückschritt, erscheint darum völlig unzutreffend. Vielmehr kann die Radikalmethode durch letzeres, um Vieles milderes Verfahren in den einfacheren Fällen der Krankheit mehr als ersetzt werden. Orig.-Ref.

M. Schede. Zur Behandlung der Empyeme. (Korreferat.)

Nach einigen einleitenden Worten konstatirt der Vortr. die so gut wie allgemeine Übereinstimmung in dem einen Punkte, dass eitrige Pleuraexsudate jedenfalls operativ beseitigt werden müssen, sobald sie als solche sicher erkannt sind. Über die Operations-

methoden gehen freilich die Meinungen weit aus einander. S. wendet sich dann zur Kritik der einzelnen Methoden. Der einfachen und der Aspirationspunktion gesteht er nur als Präliminarverfahren, um Zeit zu gewinnen, um einer akuten Gefahr zu begegnen, eine gewisse Berechtigung zu, die sie ohne Zweifel auch behalten werde. Die von Bälz so warm empfohlene Punktion mit Auswaschung leistet kaum mehr. Der Vergleich mit der antiseptischen Auswaschung der Gelenke ist kein zutreffender, da hier viel koncentrirtere Lösungen und ganz andere mechanische Manipulationen angewandt werden können und müssen, als bei der Pleurahöhle jemals in Betracht kommen können.

Sehr viel wichtiger ist die Bülau'sche Aspirationsdrainage, mit welcher in geschickten Händen, wie die Arbeit von Simmonds gezeigt hat, in geeigneten Fällen ausgezeichnete Resultate erreicht werden können. Bei doppelseitigen Empyemen ist sie fast unentbehrlich. Aber sie leidet an den beiden schweren Übelständen, dass das Drain sich sehr leicht verstopft, und dass es unter Umständen sehr schwer ist, bei Kindern und unruhigen Kranken den subtilen Mechanismus intakt zu erhalten. Ließen sich diese beiden Übelstände beseitigen, so würde sie vielleicht Ideales leisten.

Wie die Sachen gegenwärtig liegen, ist die einzige immer sichere und immer zuverlässige, daher mit den schon erwähnten Ausnahmen empfehlenswertheste Methode die breite Incision, am besten mit gleichzeitiger Resektion eines Rippenstückes. Dass Letzteres nicht überall unumgänglich nothwendig ist, giebt S. gern zu. Vortheilhaft ist sie aber immer, nachtheilig niemals, und wenn der Pat., was bei S. principiell geschieht, chloroformirt ist, als Erschwerung der Operation von gar keinem Belang. Als Einschnittsstelle wählt S. stets den abhängigsten Punkt der Pleura etwas nach außen von der hinteren Axillarlinie, so dass die 10., 9. oder 8. Rippe, je nach Umständen, resecirt wird. Die Einwände gegen die Wahl dieser Stelle und die Gründe für die Bevorzugung einer höher gelegenen in einer der Axillarlinien oder noch weiter nach vorn, weist er als unberechtigt und nicht stichhaltig zurück.

Gegen die Vorwürfe, die von vielen Seiten der offenen Incision gemacht werden, dass bei ihr der Atmosphärendruck nothwendig die Entfaltung der Lunge hindere und die Difformität des Thorax vergrößere, nimmt S. dieselbe in der entschiedensten Weise in Schutz. Er zeigt, dass die positive Druckschwankung bei der Exspiration völlig ausreicht, die Lunge wieder zu entfalten, und dass sie sehr bald dauernd entfaltet bleibt, wenn ein gut angelegter, hinreichend dicker antiseptischer Verband seine Funktion als eine Art Ventilverschluss genügend erfüllt. In einem Fall von Resektion eines handgroßen Stückes aus der Thoraxwand wegen eines malignen Tumors bei ganz gesunder Pleura und Lunge, fand er die Lunge schon nach 24 Stunden vollkommen entfaltet und athmend mit den Rändern der Thoraxwand verklebt. Bei einem Kinde mit frischem

Empyem, welches 14 Tage nach der Erkrankung von S. mit breiter Incision und Rippenresektion behandelt wurde, war die Lunge ebenfalls beim ersten Verbandwechsel, der nach 4 Tagen stattfand, völlig wieder ausgedehnt. Beispiele von vollkommenen Heilungen der Incisionswunde nach 10—20 Tagen finden sich jetzt in der Litteratur in größerer Zahl. Die Meinung, dass der offene Pneumothorax die Entfaltung der Lunge hindere, hat demnach, wie ja schon vielfach nachgewiesen (König, Wagner, Ewald etc.), keine Berechtigung mehr. Man muss nur so früh operiren, dass die Lunge überhaupt noch entfaltungsfähig ist.

In einer eingehenden Auseinandersetzung über den Mechanismus, wie diese Entfaltung zu Stande kommt, spricht S. der bekannten Roser'schen Hypothese von der fortschreitenden Verschmelzung der Granulationen am Berührungswinkel von Pleura costalis und Pleura pulmonalis, wenigstens in der bisherigen Auffassung, jede Berechtigung ab. Die Pleura producirt überhaupt keine Granulationen, wie das im Jahre 1885 auch Roser selbst noch anerkannt hat. Thäte sie es, so müsste jedes Empyem ausheilen. Es wäre dann gar nicht zu verstehen, wie die weiche und dehnbare Lunge dem mächtigen Narbenzug widerstehen sollte, dem doch die Thoraxwand in so hohem Maße nachgiebt. Die einzig richtige Erklärung für den Mechanismus der Wiederausdehnung der Lunge hat schon Weißgerber im Jahre 1879 (Berl. klin. Wochenschrift) gegeben. Stets ist die durch die Exspiration, durch gelegentliches Pressen und Husten veranlasste Entfaltung der Lunge das Primäre, die Fixation in der Entfaltung durch Verklebungen das Sekundäre.

S. hält die Methode Küster's, jedes Mal eine vordere und hintere Öffnung anzulegen, von denen für letztere der abhängigste Punkt mit der Sonde aufgesucht wird, für die meisten Fälle für überflüssig. Für besondere Verhältnisse, mehrfach abgesackte Empyeme etc., sind natürlich mehrfache Incisionen unter Umständen geboten. Ausgespült wird in Fällen, wo der Eiter nicht putride ist, nur einmal unmittelbar bei der Operation, damit alle Gerinnsel etc. herauskommen. Eventuell nimmt S. einen Stielschwamm oder einen großen scharfen Löffel zu Hilfe. Dass in einfachen Fällen auch diese erste Spülung ohne Schaden entbehrt werden kann, hat König gezeigt. Jede spätere Spülung, die nicht durch Zersetzung des Eiters gerechtfertigt ist, verlangsamt die Heilung durch Zerreißung von Lungenverklebungen.

S. erörtert alsdann die Frage, ob es principielle Kontraindikationen gegen die Schnittoperation giebt, namentlich ob amyloide Degeneration und Tuberkulose als solche gelten sollen. Hinsichtlich der ersteren führt er einen Fall eigener Erfahrung an, in welchem nach ausgedehntestem operativen Eingriff (Thoraxresektion) ein schweres Amyloid der Leber mit Ascites und Anasarca völlig zurückging. Von 4 Empyemoperationen bei Tuberkulösen sah S.

3 genesen. Er ist geneigt, sich dem Rath Pel's anzuschließen: Die Empyeme Tuberkulöser, falls es der Allgemeinzustand gestattet, zu behandeln wie alle anderen, aber die tuberkulösen Empyeme (d. h. die durch Miliartuberkulose der Pleura oder perforirte Kavernen bedingten) höchstens palliativ mit der Punktion zu beseitigen. Freilich wird die Differentialdiagnose nicht immer leicht sein. Hinsichtlich der Behandlung alter Empyeme mit geschrumpfter, der Ausdehnung nicht mehr fähiger Lunge nimmt S. die Priorität für die Idee, den Thorax durch Resektion von Rippen nachgiebiger zu machen, für Simon in Anspruch, der schon 1869 eine solche Operation ausführte. Die Arbeit Estlander's, nach welcher die Operation namentlich in den außerdeutschen Ländern in der Regel benannt wird, erschien erst 10 Jahre später. Zu der Zeit wurden in Deutschland von vielen Chirurgen ausgedehnte Rippenresektionen zur Heilung von Empyemen ausgeführt. S. selbst kam bereits im Jahre 1878 nach mannigfacher Erfahrung zu der Überzeugung, dass bloße Rippenresektion, mochte man sie noch so ausgedehnt machen, durchaus nicht in allen Fällen ausreiche, und zog damals schon die Konsequenz daraus, dass man noch einen Schritt weiter gehen und bei veralteten totalen Empyemen auch die Zwischenrippentheile mit der kolossal verdickten Pleura entfernen müsse.

Die sogenannte Estlander'sche Operation leistet Vortreffliches in den Fällen, wo an die Retraktionsfähigkeit der Thoraxwand keine allzu großen Ansprüche gemacht werden, wo es sich nur um partielle Verödungen der Lunge handelt, wo namentlich der obere Theil der Lunge noch an normaler Stelle liegt. Wo es sich aber um einen totalen Pyopneumothorax handelt, wo auch der oberste Kuppelraum der Pleurahöhle, der von der 1. und 2. Rippe und von der Clavicula nach vorn gedeckt ist, ausgefüllt werden muss, weil die Lunge ganz zusammengefallen der Wirbelsäule flach anliegt, da ist auch die Wegnahme sämmtlicher zugänglicher Rippen nicht im Stande, die Heilung herbeizuführen. Das ist eine so allgemein anerkannte Wahrheit, dass durchweg der Rath gegeben wird (Küster — de Cérenville, — Bouilly), in solchen Fällen lieber gar nicht zu operiren. Dass unter solchen Umständen die Lunge nicht im Stande ist, auch nur das Geringste zur Ausfüllung des Hohlraumes beizutragen — nicht in Folge davon, dass sie sich nicht mehr ausdehnen kann, sondern in Folge ganz bestimmter machanischer Verhältnisse, die der narbigen Schrumpfung eine hierfür ungünstige Richtung geben, weist S. an vorzüglichen Abbildungen von Durchschnitten gefrorener Leichen von mit Pyopneumothorax verstorbenen Menschen nach.

S. hat, um solche Kranke dennoch zur Heilung zu bringen, eine kühne Operation in nur 10 Fällen in Ausführung gebracht, die darin besteht, dass er die außerhalb der Rippen gelegenen Weichtheile des Thorax mit einem Schnitt, der in der Höhe der Achselhöhle am vorderen Rande des Pectoralis maj. beginnt, bis zur unteren Grenze der Pleurahöhle hinabsteigt und im Bogen umwendend hinten

zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule bis zur 2. Rippe hinaufläuft, in einem großen, die Scapula in sich enthaltenen Lappen ablöst, und nun zunächst die sämmtlichen Rippen von der 2. abwärts, so weit die Pleurahöhle reicht, von ihrem Knorpelansatz bis zum Tuberculum costae resecirt. Alsdann wird mit einer starken Cooper'schen Schere der ganze Rest der Thoraxwand, bestehend aus Rippenperiost, Zwischenrippenmuskeln und verdickter Pleura abgetragen, indem die vorher zwischen zwei Fingern komprimirten Intercostalarterien jedes Mal sofort nach der Durchschneidung gefasst und unterbunden oder umstochen werden; damit wird die frühere starrwandige Eiterhöhle in eine flache, muldenförmige Wunde umgewandelt, welche nun sofort zum größten Theil durch den abgelösten Hautlappen austapeziert, zum Theil auch durch den Subscapularis gedeckt wird. Der Rest der Wunde, meist ein Theil des oberen Kuppelraumes, ein vorderer oder hinterer Streifen — je nachdem man die hinteren oder vorderen Wundränder durch die Naht vereinigt hat — und die unterste Partie wird mit loser Jodoformgaze bedeckt, mit deren Hülle auch ein elastischer Druck auf den Hautlappen ausgeübt wird, um möglichst ein primäres Verkleben desselben mit der Unterlage zu erzwingen. So kommt die Heilung meist zu einem großen Theil per primam zu Stande, während der Rest sich durch Granulation schließen muss. Wo die Pleura noch bloß liegt, sind oft noch nachträgliche plastische Deckungen durch gestielte Hautlappen nothwendig.

Selbstverständlich ist das Resultat eine bedeutende Deformation der äußeren Kontouren des Körpers. Indessen, der Eingriff wird gut ertragen, die Pat. befinden sich, einmal genesen, vollkommen wohl, und die so lange unthätig gewesene Lunge (bei keinem der Operirten bestand die völlige Kompression derselben weniger als 3 Jahre) entfaltet sich sogar wieder in einem zuweilen recht beträchtlichen Grade.

Von den 3 in Berlin (1878 und 1879) Operirten wurde einer geheilt; die beiden anderen überstanden die Operation gut, waren aber bei S.'s Übersiedelung nach Hamburg noch nicht geheilt. Über ihr weiteres Schicksal ist dem Vortr. nichts bekannt geworden. Von 7 in Hamburg Operirten sind 5 geheilt, einer 5 Tage nach der Operation an Jodoformintoxikation gestorben.

Den Geheilten geht es sämmtlich ausgezeichnet. Alle scheinen mit der Zeit den vollen Gebrauch des Armes der kranken Seite wieder zu gewinnen. Ein Stuckarbeiter steigt wie früher mit schweren Lasten die Leiter hinauf und arbeitet wie sonst. S. demonstrirt schließlich an einer Anzahl von Photographien und vortrefflichen Abbildungen die Veränderungen, die der Thorax bei dieser Operation erleidet und die Verringerung der Difformität, die im Laufe der Jahre eintritt. Orig.-Ref.

Diskussion: Fraentzel (Berlin). Als vor fünf Jahren Kollege Weber und ich über denselben Gegenstand, und in weiterem Rah-

men, unsere Referate erstatteten, haben wir kaum erwartet, dass schon nach so kurzer Zeit derselbe Gegenstand, wenn auch in engerem Rahmen, noch einmal zur Verhandlung kommen würde. Wenn wir uns jedoch die Thatsachen vergegenwärtigen, so ergiebt sich, dass wichtige Details damals bei der allgemeinen Diskussion erst in großen Umrissen angedeutet waren. Wir haben damals festgestellt: bei eitrigen Exsudaten muss man, einzelne Ausnahmen abgerechnet, die Operation machen, der Eiter muss entleert werden, nicht durch die Punktion, sondern durch Incision in den Thorax. Seit dieser Zeit ist viel experimentirt, ist viel versucht worden, ob diese oder jene Methode anzuwenden sei, und schließlich ist man zu Resultaten gekommen, die beweisen, dass die Radikaloperation auch ihre Bedenken hat, dass wir in gewissen Fällen unwillkürlich zu milderen Methoden zu greifen versucht sind. Unter diesen Methoden ist die Bülau'sche von verschiedenen Seiten warm empfohlen worden und verdient meiner Ansicht nach diese warme Empfehlung. Wir werden zugeben müssen, dass bei einer Reihe eitriger Exsudate die Operation als solche großen Schwierigkeiten begegnet, namentlich wenn es sich um Leute handelt, die enorm geschwächt sind und bei denen eine vorhergehende Krankheit Schwierigkeiten für die operative Behandlung ergiebt. Wenn wir z. B. hören, dass angesehene Praktiker, innere Ärzte und Chirurgen gemeinsam Empyemoperationen ausgeführt haben und die Operirten binnen 24 Stunden gestorben sind, so muss da irgend etwas nicht in Ordnung gewesen sein. Es ist wohl anzunehmen, dass kein grober Fehler passirt ist, aber ich bin überzeugt, dass die schon sehr heruntergekommenen Kranken durch die Operation selbst, durch die Chloroformnarkose so geschwächt werden können, dass sie binnen 24 Stunden sterben. Wenn ich gezwungen würde, bei derartigen Kranken an die Radikaloperation zu gehen, so würde ich dieselbe ablehnen und das Bülau'sche Verfahren unbedingt vorziehen. Es können sich die Pat. dabei so weit erholen, dass vielleicht nachher die Radikaloperation noch möglich ist. In vielen Fällen wird das Verfahren die Heilung allein ermöglichen. Wie weit man die Methode ausdehnen will, das wird natürlich auf die Ansicht des Einzelnen ankommen. Ich möchte sie immer nur als einen Ersatz für die Radikaloperation ansehen, namentlich bei geschwächten, heruntergekommenen Kranken, bei denen ich fürchten muss, sie durch die Radikaloperation zu verlieren.

Wir werden uns außerdem klar sein müssen, dass eine Reihe von Empyemen überhaupt ein operatives Verfahren, außer der Punktion, die dann und wann als Indicatio vitalis am Platze ist, gar nicht zulässt. Ich habe wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose wir von Radikaloperationen Abstand nehmen müssen. Ich würde auch von dem Bülau'schen Verfahren Abstand nehmen und meist darauf zurückkommen, durch die Punktion, die eine Palliativhilfe bildet, die Pat. für einige Zeit zu erleichtern. Ich würde sie wieder und wieder

punktiren, und man kann auf diese Weise bei Tuberkulose viele Monate, ja jahrelang Hilfe bringen. In der Mehrzahl werden bei der Radikaloperation die Kranken rascher zu Grunde gehen; das ist nicht durch Zahlen zu beweisen, aber meine Erfahrung spricht dafür. Ich will ohne Weiteres zugeben, dass Tuberkulöse mit Empyemen geheilt werden können, aber die Fälle gehören immer nur zu den Seltenheiten, und wenn auch Herr Schede eine Reihe günstiger Resultate mittheilt, wird doch im Großen und Ganzen die Zahl der Tuberkulösen, die durch Radikaloperation geheilt werden, sehr gering bleiben. Ich will nicht dagegen sein, wenn man dann und wann einmal bei einem Menschen, bei dem die Tuberkulose sehr wenig vorgeschritten ist und der sehr kräftig und blühend aussieht, noch einmal die Radikaloperation oder das Bülau'sche Verfahren versucht, aber ich bleibe bei meiner Ansicht, die ich schon ausgesprochen habe: in der Mehrzahl der Fälle wird der Kranke zu Grunde gehen und früher zu Grunde gehen, als wenn man ihn nur einem Palliativverfahren unterwirft.

Wir müssen uns ferner klar sein, dass bei einer Reihe von Leuten, bei denen das Empyem schon jahrelang bestanden hat, noch alle möglichen sekundären Erkrankungen zugetreten sind und hier von radikalen Operationen eben so wenig wie von dem Bülauschen Verfahren Nutzen zu erwarten sein wird. Das ist namentlich der Fall bei erwachsenen Individuen, während jugendliche Individuen unter ähnlichen Verhältnissen oft noch geheilt werden können. Davon habe ich selbst eine Reihe von Fällen gesehen im Krankenhause zu Hamburg, als Herr Schede die Güte hatte im Frühling vorigen Jahres mir dieselben zu zeigen. Aber man soll dasselbe nicht bei Erwachsenen versuchen, namentlich bei älteren Leuten nicht; die gehen mit der Operation rascher zu Grunde als ohne dieselbe. Ich habe eine Reihe von Leuten mit eitrigen pleuritischen Exsudaten jahrelang am Leben erhalten ohne Operation. Wenn sie operirt wurden, sind sie meistens rasch zu Grunde gegangen, und ihre Beschwerden waren erheblich größere. — Orig.-Ref.

Curschmann (Leipzig) spricht seine Meinung dahin aus, dass wenn Empyem konstatirt wird, man die Verpflichtung hat, gegen dasselbe operativ vorzugehen, und zwar möchte er selbst bei leichten Fällen nicht auf Spontanresorption warten, an die er übrigens nicht glaubt. Für die leichten Fälle, nach der Küster'schen Eintheilung, oder für die etwas schwierigeren, empfiehlt C. zunächst ausnahmslos die Drainageaspiration. Zweifellos und meist der Incision verfallen sind die Fälle von Empyem bei Lungengangrän, bei Lungenabscess und Tuberkulose. Von 73 leichteren Fällen, die mit Drainageaspiration behandelt wurden, erfolgte in 89% vollkommene Heilung, 6 Fälle endeten letal (6,8% Mortalität) und 3 blieben mit Fisteln ungeheilt zurück. Unter den 73 Fällen befanden sich 3 mit Lungentuberkulose im ersten Stadium und 2 jauchige Exsudate, und auch diese Fälle heilten vollständig. Was die gegen die Bülau'sche

Methode erhobenen Einwände betrifft, so lässt sich zunächst die Verstopfung der Kanüle mit Fibringerinnseln dadurch vermeiden, dass man alle paar Tage breitere Drains einführt. Ausspülung der Empyemhöhle führt C. nur dann aus, wenn Fieber nach der Operation auftritt. Bezüglich der Punktionsstelle ist C. nicht der Ansicht, dass man an der tiefsten Stelle punktiren müsse, da durch das Emporsteigen des Zwerchfelles die Möglichkeit gegeben wird, dass die Fistelöffnung der Pleurahöhle nicht mehr gegenüber zu liegen kommt. Die Heilungsdauer bei der Drainageaspiration ist ungefähr die gleiche, wie nach der Incision. —

Hofmokl (Wien). Ich habe im Ganzen ca. 67 Fälle von Pyothorax durch Incision oder Rippenresektion behandelt. Die Frage, wie sich das Bülau'sche Operationsverfahren zu dem jetzt gebräuchlichen verhält, zu lösen, wird, glaube ich, gegenwärtig nicht gut möglich sein, da es ja oft vorkommt, dass über jene Fälle, die von Internisten und Chirurgen zugleich behandelt worden sind, der endgültige Ausgang nicht immer beiden behandelnden Parteien bekannt geworden ist. Um diese Frage zu lösen, müssen daher über alle derartigen Fälle große gemeinsame statistische Tabellen angelegt werden, um die Resultate der einen und anderen Methode mit einander genau zu vergleichen.

Mit den jetzigen Operationsmethoden erzielt man in allen jenen Fällen, die überhanpt heilbar sind, gute Erfolge, wenn gleich nicht zu leugnen ist, dass in einzelnen Fällen auch die Bülau'sche Methode ganz gut am Platze sein wird; doch hat diese letztere Methode auch ihre verschiedenen Schattenseiten und Nachtheile und kann durchaus nicht die Incisions- oder Rippenresektionsmethode nachgesetzt werden. Von der Narkose habe ich selbst bei den schwersten Fällen von Pyothorax keine Nachtheile gesehen.

Einfache Punktionen von einem Pyothorax, der in Folge von Durchbruch tuberkulöser Kavernen entstanden ist, verursachen häufig phlegmonöse Entzündungen der Thoraxwand, ausgehend von der Punktionsstelle selbst, und sollten daher nur Explorativpunktionen vorgenommen werden, und im Falle die Diagnose eines derartigen Pyothorax feststeht, sollte sofort zur Rippenresektion geschritten werden.

Ausspülungen sind nach einer gemachten Incision oder Resektion bei Pyothorax in der Regel nicht nöthig. In Fällen, wo mehr putrides Sekret im Thorax angesammelt ist, sind zeitweilige Ausspülungen mit 10%igem Jodoformglycerin oder 10%igem Jodoformäther von Vortheil. Die Esthlander'sche Operation bei Pyothorax, halte ich bei tuberkulösen Kranken nicht für angezeigt. —

Orig.-Ref.

Leyden (Berlin) tritt neuerdings für die Bülau'sche Operation ein. Die Mängel des radikalen Verfahrens gipfeln nach ihm darin, dass der Eingriff der Operation ein so bedeutender ist, dass er von vielen Kranken nicht vertragen wird. Die Chloroformnarkose ist für

diese geschwächten Kranken durchaus nicht gleichgültig, das schon ohnehin geschwächte Herz verträgt eben das Chloroform nicht, die Herzschwäche hält oft noch tagelang nach der Operation an. Eine weitere Schwierigkeit der radikalen Operation liegt darin, dass oft schon der Transport der Kranken auf den Operationstisch mit Lebensgefahr verbunden ist. Schließlich ist auch die Dauer der Operation nicht von Vortheil für den Kranken. Die Vortheile der Bülau-schen Methode sind so bedeutend, dass L. alle Fälle von Empyem auf seiner Abtheilung auf diese Weise operirt und mit den Erfolgen sehr zufrieden ist. Die Nachbehandlung hat allerdings gewisse Schwierigkeiten, doch wird diese Unbequemlichkeit durch die Vortheile der Operation aufgehoben; namentlich in späterer Zeit bietet die Nachbehandlung so manche Schwierigkeit, indem die Höhle sich immer mehr verkleinert und das Erhalten eines Drains in derselben sehr schwierig wird; die Fistel schließt sich und bricht wieder auf, so dass die Heilung verzögert wird, und manchmal doch schließlich eine Rippenresektion nothwendig wird, die aber dann für den bereits erholten Pat. nicht mehr so gefährlich ist. Übrigens lassen sich die erwähnten Schwierigkeiten durch Übung und reiche Erfahrung zum großen Theil vermeiden. Der Werth der einzelnen Fälle wechselt natürlich je nach der Natur und der Entwicklung. Man muss eben genau unterscheiden, mit was für einer Form man es zu thun hat. Die leichtesten sind die metapneumonischen, die schwierigsten die bei Tuberkulose, in der Mitte stehen die Streptokokken-, Staphylokokkenempyeme. Die jauchigen Empyeme sind nicht so gefährlich, wie allgemein geglaubt wird und können eben so gut wie die anderen mittels des Bülau'schen Verfahrens zur Heilung gebracht werden. Zur Entscheidung der Frage wäre ein reiches, kritisch gesichtetes, mit genauer Berücksichtigung jedes einzelnen Falles bearbeitetes Material nothwendig. Zu diesem Behufe schlägt L. vor, eine Sammelforschung zu veranstalten, die sich auf sämmtliche von nun an zu beobachtenden Fälle beziehen soll, und in welcher nicht nur die operirten, sondern auch die nicht operirten Fälle herangezogen werden sollen. (Angenommen.) —

Ewald (Berlin): Schon in einer im Jahre 1874 aufgestellten Statistik hat E. nachgewiesen, dass man unter 1000 Fällen 928mal mit der einfachen Punktion nicht durchkommt und dass von den einfach punktirten Empyemen nur 68 : 1000 die Chance hätten, geheilt zu werden, während sich durch die Radikaloperation dies Verhältnis auf 528 : 1000 hob. Im letzten Jahre hat E. 9 eitrige Exsudate, sobald deren Natur durch die Probepunktion festgestellt war, durch Küster nach dessen Methode der doppelten Incision mit Rippenresektion operiren lassen. Von diesen 9 Pat. ist nur ein an akuter schwerer Tuberkulose Erkrankter nicht durchgekommen. Was die Gefahren der Radikaloperation betrifft, so ist die Gefahr des Lufteintritts jedenfalls übertrieben worden. Es besteht nach Eröffnung der Pleurahöhle nicht ein besonderer positiver Druck auf der

Lunge, sie steht vielmehr unter dem gewöhnlichen Atmosphärendrucke, der gleichmäßig von allen Seiten wirkt und der einem etwaigen Wiederentfalten derselben keinen besonderen Widerstand setzt, sobald ein verstärkter respiratorischer Druck von Seiten des Bronchialbaumes her die ihrem Retraktionsvermögen folgende Lunge wieder auszudehnen vermag oder die Lunge durch allmähliche Verwachsung der kostalen und pulmonalen Pleura aus einander gezogen und ein Gasaustausch in den Alveolen wieder ermöglicht wird. Einen der obersten Grundsätze in der Behandlung der Empyeme sieht E. darin, dass man dieselben nicht alt werden lässt, d. h. möglichst frühzeitig diagnosticirt und dann sofort operirt. —

v. Ziemssen (München) steht ganz auf dem Standpunkt Schede's. Er hat seit 10 Jahren in seinen Empyemfällen den Schnitt mit Rippenresektion ausgeführt und ist mit den Resultaten sehr zufrieden. Auch bei Tuberkulose hat dieses Verfahren sehr zufriedenstellende Resultate geliefert. Die Aufgabe des Arztes ist es, überhaupt kein Empyem alt werden zu lassen, man mache so frühzeitig als möglich eine Punktion und untersuche das Exsudat bakteriologisch; enthält dasselbe Streptokokken, so handelt es sich um ein Empyem, selbst wenn das Exsudat serös ist. Redner hat selbst bei Kindern mit dieser Operation die denkbar günstigsten Resultate ohne die geringste Difformität erzielt, wenn die Operation rechtzeitig gemacht wurde. —

Fürbringer (Berlin), welchem die Heberdrainage keine ermunternden Resultate geliefert, warnt vor jedem Manipuliren mit dem Trokar in Fällen, bei denen die Probepunktion bereits rahmigen Eiter ergeben und sich starre Panzerung eingeleitet habe. Herumprobiren mit anderen Instrumenten als mit dem Messer pflege hier die Chancen für die schließlich doch nothwendige Radikaloperation nur zu verschlechtern und bedeute heut zu Tage meist einen Kunstfehler.

Hingegen hat er in 4 Fällen von frischem, wiewohl richtigem Empyem, wo der Thorax dünnen Eiter beherbergte, theils spontane Heilung, theils solche nach der einfachen Punktion beobachtet und erachtet bei derartigen Formen ein etwa dreiwöchentliches Zuwarten vom Datum der Förderung des leichtbeweglichen Eiters durch die Probespritze an für gerechtfertigt, wofern nicht besondere, schnelles Eingreifen heischende Momente vorliegen. Nach Ablauf dieser Frist hat man es, wofern nicht Spontanresorption erfolgt ist, nur noch mit dickem Eiter und dem Beginn der bekannten Hemmung der Heilbedingungen durch die Starrwandigkeit des pathologischen Hohlraumes zu thun.

Ein namentlich bei frischeren Formen und im jüngeren Alter von F. mit trefflichstem Erfolge versuchter (demonstrirter) außerordentlich bequem zu handhabender Apparat für die Radikaloperation ähnelt einer Tracheotomiekanüle mit beweglicher Platte, welche sich der Brustwand anschmiegt, so dass der Pat. jede Körperlage ohne

Beschwerde oder Gefahr der Verschiebung des Apparates einnehmen kann.

Endlich stimmt F. Hofmokl in der Beobachtung bedenklicher Phlegmonen als Konsequenzen der Punktion von Empyemen mit dem Trokar zu. Gerade in die gequetschten Trokarwunden wandern der Streptococcus und andere Eitererreger gern mit Hast und kaum geahnten Erfolge ein. — Orig.-Ref.

Eisenlohr (Hamburg). In Konsequenz meiner Empfehlung der Bülau'schen Aspirationsdrainage zur Behandlung der Empyeme bei Gelegenheit des vorjährigen Kongresses und gegenüber der vor Kurzem veröffentlichten ablehnenden Kritik der Methode von Seiten meines Kollegen Dr. Gläser möchte ich konstatiren, dass die Erfahrungen anderer Krankenhausärzte, außer den von Herrn Curschmann soeben mitgetheilten Resultaten, durchaus zu Gunsten der Methode sprechen. Meine eigenen Beobachtungen stimmen mit denen des Herrn Bülau in günstigem Sinne durchaus überein.

Die von Herrn Schede als die Heilung förderndes Moment bei der Radikaloperation mittels Incision und Rippenresektion hervorgehobene ventilartige Wirkung des antiseptischen Verbandes kommt der Bülau'schen Methode, wie mir scheint, im höchsten Grade zu. Die Wiederausdehnung der Lunge wird durch die permanente Aspiration der Heberdrainage vom Moment der Einführung an begünstigt, Lufteintritt absolut verhindert, bei noch gut ausdehnungsfähiger Lunge sofort auch deren inspiratorische Extension ermöglicht.

Ein unwillkommener Zufall bei Ausführung der Punktion und Entleerung des Exsudats ist ausgeschlossen, da man jeden Augenblick den Abfluss unterbrechen kann.

Die der Methode gemachten Vorwürfe sind theilweise von Herrn Leyden schon zurückgewiesen. Zwei Übelstände, die derselben anhaften, sind meines Erachtens durch Sorgfalt bei der Ausführung zu vermeiden, das Herausgleiten des Katheters und die Verstopfung durch Fibrinmassen. Ersteres ist durch eine zweckmäßige Befestigung (eventuell durch einen antiseptischen Verband) zu verhüten; besonders in den ersten Tagen ist dies für den Erfolg wichtig.

Der zweite Übelstand ist thatsächlich nicht so erheblich, da zahlreiche Empyeme die gefürchteten Fibrinmassen nicht enthalten, und letztere entschieden nicht den schädlichen Effekt haben, den man ihnen zuschreibt. Das Freimachen der Passage im Hebersystem ist außerdem eine einfache Manipulation.

Ein Wechsel des Katheters ist bei glatter Durchführung der Methode nur selten nöthig, und die Endresultate, was Mangel jeder Deformität, Ausdehnungsfähigkeit des Brustkorbes betrifft, sind keinenfalls zurückstehend hinter den Resultaten der Incision mit Resektion.

Eine jauchige Umwandlung des Exsudats ist weder mir noch Anderen, die die Methode anwandten, vorgekommen.

Bei primär jauchigen Empyemen würde ich die Aspirationsdrainage nicht empfehlen; hier ist sofortige Incision mit Rippenresektion am Platz. — Orig.-Ref.

O. Storch (Kopenhagen) theilt einen Fall von Empyem mit, welchen er mit der Bülau'schen Drainage unter gleichzeitiger Anwendung des Flaschenaspirators behandelt hat. Im Anschluss an diese Mittheilung berichtet er über einen Versuch, mittels des Flaschenaspirators die genaue Ausmessung des Volumens einer bestehenden Empyemhöhle zu ermöglichen.

S. ist überzeugt, dass die Bülau'sche Methode von einem in jeder Beziehung richtigen Grundsatz ausgeht, wenn sie die Entfaltung der durch das Empyem komprimirten Lunge durch Hervorbringung eines negativen Drucks in der Pleura zu unterstützen sucht; er meint aber, dass es zweifelhaft sein kann, ob man in allen Fällen im Stande sein wird, den negativen Druck genügend lange, d. h. bis zur Verwachsung zwischen Lunge und Pleura costalis zu bewahren. Allerdings wird dieser Vorgang Anfangs durch den abfließenden Eiter eingeleitet; sobald aber letzterer sparsam fließt oder versiegt, sind die Aspiration und der negative Druck in der Pleurahöhle gefährdet; ein Heber, der keine Flüssigkeit mehr enthält, hört eben auf als Heber zu wirken. Diesem Übelstand meint S. durch Anwendung des Flaschenaspirators abhelfen zu können und zwar auf folgende Weise: hat man bei der Ausführung der Bülau'schen Operation den Nélaton durch die Kanüle des Trokars eingeführt, braucht man ihr nur anstatt mit dem langen Schlauch mit dem zur Flasche *C* führenden Schlauch[1] *c* des Flaschenhebers in Verbindung zu setzen. Dann ist es nicht der abfließende Eiter, der den negativen Druck in der Pleura hervorbringt, sondern das Wasser, welches aus der oberen in die untere Flasche abfließt, und diese Aspiration kann man beliebig lang fortsetzen, wenn man nur so oft als nöthig die Flaschen wechselt.

Die Richtigkeit dieser Voraussetzung wurde bei einem 38jährigen Mann erprobt, wo nach mehr als zweimonatlichem Bestehen des Empyems nach der oben angedeuteten Methode verfahren wurde. Es entleerten sich in den ersten zwei Tagen ungefähr 3000 ccm, in den nächsten Tagen 800, 300, 180, 130, 120 ... ccm Eiter. Am 9. Tag wurde die Aspiration eingestellt, ein kurzes Drain eingeführt, und ein steriler Watteverband angelegt. Nach Verlauf von 6 Wochen wurde noch einmal versuchsweise 24 Stunden lang aspirirt und 80 ccm Eiter erhalten, nach weiteren 2 Wochen nur 30. Das Resultat der Operation war sehr befriedigend; schon in den ersten Tagen konnte man das Athemgeräusch an der Basis der Lunge wahrnehmen, der Kranke erholte sich schnell und nahm an Körpergewicht zu (im Ganzen um 15 Kilo), aber noch immer konnte eine Sonde 5 cm tief in die Fistel eingeführt werden. Um nun den

[1] Verhandlungen des VIII. Kongresses für innere Medicin p. 459. Fig. 4. 1890.

Kranken völlig zu heilen, wurde durch die Resektion eines 5 cm langen Stückes der 6. Rippe die noch bestehende kleine, ungefähr 20 ccm betragende Höhle zum Verschwinden gebracht. (Die Methode der Volumbestimmung wird weiter unten mitgetheilt werden.)

S. meint die im Obigen empfohlene Methode besonders bei lang bestehenden Empyemen, wo nicht auf normale Ausdehnungsfähigkeit der Lunge gerechnet werden darf, empfehlen zu können. Doch erfordert sie genaue Überwachung des Kranken, besonders in den ersten Tagen (Wechseln der Flaschen). Der Heberschlauch *b* des Flaschenaspirators braucht keine bedeutende Länge zu haben; 50 cm genügen, und eine Druckhöhe von z. B. 1 m ist nicht einmal zweckmäßig, indem dann der Eiter blutige Färbung annimmt (wie aus der Zeichnung ersichtlich lässt sich die untere Flasche hoch und niedrig stellen und dadurch der Druck reguliren).

Bevor S. sich zur Vornahme der Rippenresektion entschloss, suchte er nach einer Methode, die es erlaubt möglichst genau das Volumen einer bestehenden Empyemhöhle zu bestimmen und glaubt hierzu folgendes Verfahren vorschlagen zu können. Die Volumbestimmung geschieht mittels des Flaschenaspirators, indem man diesen mit der Brustfistel in luftdichte Verbindung setzt, den Quetschhahn *b* öffnet und die Menge Wasser misst, die aus der Flasche *A* abfließt. Um das dieser Bestimmung zu Grunde liegende Princip klar darzulegen, wird es sich empfehlen, folgenden Versuch auszuführen. Man bringt das Wasser der oberen Flasche *A* des Aspirators genau in gleiche Höhe mit einer Marke und ersetzt die untere Flasche durch einen leeren Messcylinder. Verschließt man nun den Schlauch *c* durch einen Quetschhahn, so stellt die Flasche *C* den Luftraum vor, dessen Volumen man bestimmen will. Öffnet man den Quetschhahn *b* (bei 90 cm Druckhöhe), so fließen 248 ccm Wasser ab, wenn die Flasche *C* ein Volumen von 2160 ccm hat. Gießt man dann gemessene Mengen Wasser in die Flasche *C* 1000, 500, 250, 100, 100, 100, 50, 10 ccm), so vermindert man das Volumen der in derselben enthaltenen Luft, und nach wiederholter Einstellung auf die Marke (um genau dieselbe Druckhöhe zu bewahren), fließt eine im geraden Verhältnis zum verminderten Luftvolumen stehende geringere Menge Wassers ab; der Versuch ergiebt folgende Zahlen:

Bei	2160	ccm	Luftraum	fließen	ab	248	ccm.
»	1160	»	»	»	»	170	»
»	660	»	»	»	»	122	»
»	410	»	»	»	»	96	»
»	310	»	»	»	»	85	»
»	210	»	»	»	»	76	»
»	110	»	»	»	»	65	»
»	60	»	»	»	»	59	»
»	10	»	»	»	»	54	»

Man kann also aus der Menge des abfließenden Wassers einen Rückschluss auf das Volumen eines geschlos-

senen Luftraumes (also auch einer Empyemhöhle) ziehen, und in der That bestätigte die Rippenresektion die Richtigkeit der obigen theoretischen Erwägung. Man wird also in Zukunft in Fällen, wo man eine Rippenresektion ausführt, um eine Empyemhöhle zum Verschwinden zu bringen, im Stande sein, das Volumen der Höhle direkt zu bestimmen und auf diese Weise das Ergebnis der durch Stethoskopie und Sondirung vorgenommenen Untersuchung zu vervollständigen. Um auf die angeführte Weise das Volumen einer Höhle zu bestimmen, entfernt man die Flasche *C* des Aspirators und bringt letzteren in luftdichte Verbindung mit der Brustfistel; am leichtesten geschieht dies durch luftdichtes Andrücken eines Brustglases, über dessen Tubus man Schlauch *a* des Aspirators gestülpt hat (Fig. 5 und 6).

S. spricht noch die Vermuthung aus, dass die hier beschriebene Methode (die Messung des abfließenden Wassers), wenn öfter nach einer Empyemoperation ausgeführt, Aufschluss über das Verhalten der Lunge und der Empyemhöhle werde geben können; man müsse dann öfter beim Wechseln der den Eiter aufnehmenden Flasche Aspirator und Brustfistel in luftdichte Verbindung bringen und bestimmen, wie viel Wasser aus dem Aspirator abfließt; der Versuch lässt sich in wenigen Minuten ausführen und kann möglicherweise einen Einblick in den Verlauf des Heilungsvorganges erlauben. Eine Verzögerung der Heilung wird derselbe kaum bewirken, da der Aspirator jedes Mal im Stande ist den negativen Druck in der Pleura schnell wieder herzustellen. Leider hatte S. keine Gelegenheit das vorgeschlagene Verfahren praktisch zu erproben, da der Gedanke den Flaschenaspirator auf diese Weise zu verwenden erst dann in ihm auftauchte, als der Kranke schon der Heilung nahe war. —

Orig.-Ref.

v. Korányi (Pest) bittet um das Wort, um auf die Frage zu reflektiren, ob bei vorhandener chronischer Lungentuberkulose die Operation des Empyems kontraindicirt sei. Unter mehreren diesbezüglichen Fällen seiner Erfahrung, die schon vor längerer Zeit veröffentlicht wurden, hebt er zwei hervor. In dem einen handelte es sich um einen hereditär veranlagten Mann, der an vorgeschrittener Lungenphthise leidend auf der Heimreise von Mentone von Pneumothorax befallen wurde; er langte mit Pyopneumothorax an. Im weiteren Verlaufe wurden die Gase resorbirt und der hochgradige Pyothorax theils vom Vortr., theils später von Dr. Bennet in Mentone wiederholt punktirt. Da trotz Besserung der phthisischen Erscheinungen der Pyothorax fortbestand, indicirte der Vortr. die Thorakotomie, die auch vom Docenten der Chirurgie Dr. v. Puky mit Resektion von 3 Rippen ausgeführt wurde. Der Kranke genas, hatte in seiner Ehe noch zwei Kinder und starb fünf Jahre nach der Operation unter den Erscheinungen von Dysenterie. Der zweite Fall bezieht sich auf ein Mädchen, das ebenfalls an vorgeschrittener Lugentuberkulose mit öfterer Hämoptoe gelitten hatte, das Sputum wurde putrid und bald kam es

zum Durchbruch einer Kaverne mit nachfolgendem Pneumo- und Pyopneumothorax. Die Probepunktion förderte eine vibrionenreiche übelriechende Flüssigkeit hervor. Die Kranke wurde operirt, es wurden 3 Rippen resecirt, worauf die Kranke genas; nach 3 Jahren stellte sie sich mit ganz zufriedenstellendem Aussehen vor und berichtete, dass sie seit einem Jahre wieder als Näherin sich zu erhalten im Stande sei. — Seit einem Jahre hat Vortr. keine Nachrichten über die Pat. erhalten, hat aber Grund zu glauben, dass sie auch jetzt noch lebt.

Jedenfalls beweisen solche Fälle, dass die Komplikation des Empyems mit Tuberkulose keine Kontraindikation für die Operation bildet. Im Allgemeinen sind die Fälle, die auf seiner Klinik vorgekommen sind und mit Rippenresektion behandelt wurden, fast durchweg günstig verlaufen. K. hat daher keine Furcht vor der Operation, er fürchtet aber die Narkose; thatsächlich ist einer seiner Kranken in der Narkose verstorben. Die Gründe der Gefahr liegen auf der Hand, es ist nicht nöthig, sich darauf besonders einzulassen. Eben wegen dieser Gefahr wurde vor nicht langer Zeit ein Kranker mit Empyem durch Cocaininjektion lokal anästhesirt; die Thorakotomie wurde ohne erheblichen Schmerz und ohne alle Hindernisse ausgeführt. — Orig.-Ref.

Maydl (Wien) bespricht diejenigen Empyeme, die in Begleitung oder in Folge von Ecchinococcus der Pleura vorkommen. Die Resultate der Punktion sind bei denselben sehr ungünstig. Von 16 Fällen heilten nur 5, die übrigen endeten tödlich. Bei der Radikaloperation beträgt dagegen die Mortalität nur 25%. Dieselbe ist daher bei Verdacht auf Echinococcus vorzunehmen. —

Winter (Wien). Vorstellung von vier[1] an der Billroth'schen Klinik operativ behandelten Empyemfällen. Drei der vorgestellten Fälle waren traumatischen Ursprungs — zweimal Messerstich, einmal Sturz mit Rippenfraktur und Nekrose des Bruchstücks. Im letzteren Falle wurde die Thorakotomie mit Entfernung des Sequesters ausgeführt; in den anderen, verschleppten Fällen fanden ausgedehnte Rippenresektionen statt.

Fall I. 45jähriger Arbeiter. Empyema pulsans, durch Fraktur der linken 7. Rippe entstanden. Verlauf durch Delirium potatorum, Durchfälle, Erysipel komplicirt. Entfernung des sequestrirten Rippenfragmentes, Gegenincision im 8. Intercostalraum. Nach $3^1/_2$ Monaten geheilt entlassen, verrichtet seit 4 Jahren schwere Tagelöhnerarbeit bei Bauten.

Fall II. 52jähriger Gemüsehändler. Nach Stichverletzung linksseitiges Empyem (1881). Resektion der 10. Rippe. Mit Fistel ausgeheilt. Daher (1883) zum zweiten Male Resektion der 10. Rippe; ambulatorische Behandlung, auch durch auswärtige Ärzte. Wegen Fortbestandes der Fistel (1884) Resektion der 9. Rippe. Entfernung

[1] Es war die Vorstellung von sieben Fällen vorbereitet. Anm. d. R.

eines macerirten 25 cm langen Drains aus einer Nische der Empyemhöhle. 6 Wochen nachher definitiver Verschluss der Fistel. Seit 6 Jahren gesund und arbeitsfähig.

Fall III. 27jähriger Tagelöhner, kam mit einer seit 2 Jahren bestehenden, im Gefolge einer genuinen rechtsseitigen Pleuritis entstandenen Thoraxfistel in Behandlung. 3 Monate nach Bestand der Fistel war an einer chirurgischen Abtheilung die Thorakotomie vollzogen, aber keine Heilung erzielt worden. Am 14. November 1888 Thorakoplastik. 30 cm langer, vom Manubrium zur 7. rechten Rippe reichender Schnitt, Resektion der 2. bis einschließlich 7. Rippe, in der Länge von je 4—6 cm. Exstirpation eines langen Streifens aus der Pleuraschwiele. In der Empyemhöhle fand sich ein 5 cm langes Drainstück, das $1^1/_2$ Jahre daselbst gelegen haben dürfte. Nach 15 Wochen geheilt entlassen; seither immer gesund und zu schwerer Arbeit tauglich.

Fall IV. 46jähriger Schmied. Im Jahre 1881 Messerstich in den linken Thorax — 2 Jahre später mit fistulösem Empyem aufgenommen. Resektion von 8 cm langen Stücken der 7. und 8. Rippe. Am 49. Tage mit Fistel entlassen; 10 Monate später nahm er seine schwere Arbeit wieder auf. Vollkommener Verschluss der Fistel erst 2 Jahre nach der Operation. Seit 7 Jahren dauernd gesund und als Hammerschmied thätig.

Anschließend gab der Vortr. eine kurze Zusammenfassung bezüglich der in den letzten 7 Jahren an der Billroth'schen Klinik mit Rippenresektionen behandelten Fälle, wobei die tuberkulösen, ferner 2 komplicirte Fälle (Variola, Lungengangrän), so wie 2 mit zu kurzer Beobachtungsdauer außer Acht gelassen wurden. Es wurden bei 12, in die Kategorien der idiopathischen, metapneumonischen und traumatischen Empyeme gehörenden Fällen Rippenresektionen vorgenommen. Das Mittel für die Krankheitsdauer vor dem Eingriff betrug für diese 12 Fälle 13,3 Monate. 5 Kranke kamen mit Thoraxfistel, einer mit noch geschlossenem Thoraxabscess, einer mit erfolgtem Durchbruch in den Bronchus zur Operation. An diesen 12 Individuen wurden in 15 Operationsakten 35 Rippen resecirt. 2 Operirte sind gestorben. Ein Fall ist mit Fistel ausgeheilt. 9 Kranke wurden, wie durch Nachuntersuchung oder genauen Bericht konstatirt werden konnte, vollkommen und dauernd geheilt. — Orig.-Ref.

Billroth (Wien) hat nur über solche Fälle Erfahrung, bei denen die Lunge bereits vollständig komprimirt war, und selbst in diesen allerschlimmsten Fällen kann es noch zu einer bedeutenden Besserung der Ernährung und des allgemeinen Zustandes kommen. Hoffentlich werden aber in Zukunft diese Fälle seltener werden, wenn die Operation rechtzeitig ausgeführt werden wird. Den Vorgang der Heilung stellt sich B. nun so vor, wie ihn Roser geschildert hat, dass nämlich von allen Seiten Verwachsungen entstehen, bis die Lunge fest an dem Thorax haftet und hiermit die Athmung beginnt.

Dass keine Granulationen an der Pleura in dem Sinne, wie sie an den Wunden sonst vorkommen, vorhanden sind, ist richtig. Es zeigen sich aber entzündliche Neubildungen, die, wenn sie auch schwach vaskularisirt sind, doch nach und nach zur Verwachsung führen. Die Todesfälle nach der Operation hängen nicht von der letzteren, sondern von verschiedenen individuellen Verhältnissen ab. —

Mosler (Greifswald): Auch meiner Meinung nach sind bei der Behandlung der Empyeme die individuellen Verhältnisse, vor Allem Alter und Konstitution des Kranken, so wie Ausdehnung, Art der Eiterung und besonders Ätiologie derselben zu berücksichtigen. Ob dieses oder jenes Verfahren der Behandlung vorzuziehen sei, muss hiernach sich richten.

So günstige Resultate aus meiner Klinik zu verzeichnen sind von der Aspiration bei serösen und serofibrinösen Exsudaten, so wenig kann ich die bei Empyemen damit erhaltenen Resultate rühmen. Von der exspektativen Methode bin ich in Fällen eitriger Pleuritis ein entschiedener Gegner. Durch Zuwarten habe ich zuweilen übele Zufälle, mindestens Hinausschieben des Heilungsprocesses gesehen. Je frühzeitiger bei genügender antiseptischer Vorsicht operirt wurde, um so raschere und günstigere Resultate haben wir in unserem Krankenhaus erhalten. Am meisten hat sich uns bewährt die breite Incision des Intercostalraums und der Costalpleura mit Drainage und aseptischem Verbande. Die Ausführung überlasse ich in der Regel meinem chirurgischen Kollegen, zumal entweder sofort oder doch später wegen enger Intercostalräume eine Rippenresektion erforderlich wird. Letztere passt indess nicht für jeden Fall, da sie kaum ohne Chloroformnarkose möglich ist.

Bei einem Praktikanten unserer Klinik, der im December vorigen Jahres an Influenza mit linksseitiger Pneumonie, Pleuritis und Pericarditis erkrankt war, habe ich aufs Neue erfahren, wie dringend nothwendig es ist, in jedem einzelnen Falle zu individualisiren. Ein qualvolleres Krankheitsbild in Folge höchster Dyspnoe, allgemeiner Hyperästhesie habe ich bei Influenza nicht wieder gesehen. Die Pleuritis hatte zu reichlichem Exsudat zwischen Zwerchfell und Lunge geführt. Nur in geringer Ausdehnung war dasselbe an der linken hinteren Thoraxseite durch Perkussion nach aufwärts wahrnehmbar. Der Kranke war dem Erstickungstode nahe. Auf mein Ersuchen wurde durch Herrn Kollegen Helferich zweimal in rascher Folge innerhalb 3 Tagen eine größere Menge seropurulenten Exsudates aspirirt. Da dasselbe schnell sich wieder ersetzte, die Erstickungsgefahr nicht nachließ, wurde die Radikaloperation des Empyems, jedoch ohne Rippenresektion mit genügender Drainage vorgenommen; durch die bestehende Herzschwäche bestand dringende Kontraindikation gegen die Anwendung des Chloroforms. Die Drainage mit aseptischem Verbande war so vollständig möglich, dass auch in der Folge eine Rippenresektion nicht mehr nothwendig

wurde. Besonders interessirt hat mich hierbei der durch Herrn Kollegen Löffler gelieferte Nachweis des massenhaften Vorkommens von Streptokokken in diesem Exsudate, welche die Bösartigkeit der Krankheit bedingt haben mögen, durch deren baldige Entleerung die Heilung jedenfalls wesentlich gefördert worden ist.

Dieser und ähnliche Befunde haben die Idee mir nahegelegt, ob nicht eine prophylaktische Therapie der Empyeme zu erstreben sei.

Wer von Ihnen sollte nicht mit Interesse verfolgt haben die Versuche von Rosenbach, Kocher, Weichselbaum über Eiterungen, neuerdings die meines Kollegen Grawitz, wie eitrige Entzündungen im Peritoneum und Pleurasack zu Stande kommen. Durch letztere ist festgestellt, dass die bloße Anwesenheit von Bakterien innerhalb der serösen Höhlen noch keine Eiterung bedingt, dass man ziemlich große Mengen der echten Eiterkokken in den Brustfellraum und die Bauchhöhle injiciren kann, ohne dass die Thiere an Pleuritis, Peritonitis zu Grunde gehen.

Als hervorragend wichtige Thatsache haben die Versuche von Grawitz und de Bary dargethan, dass auch die Bakterien selbst wesentlich durch die von ihnen gebildeten chemischen Produkte eitererregend wirken, dass diese Ptomaine oder Toxine auch ohne die Anwesenheit lebender Bakterien eine eitrige Entzündung veranlassen können, und dass sie bei gleichzeitig vorhandener Bakterieninvasion diesen letzteren erst die Ansiedelung im Gewebe ermöglichen.

Diese Spaltungsprodukte der Bakterien entfalten nach Grawitz die verschiedensten Grade der Reizwirkung von der wässrigen und fibrinösen Exsudation durch das Stadium der Eiterung hindurch bis zur völligen Ätzung; demnach ist auch die Bakterienwirkung als eine Unterabtheilung in der Skala der chemischen Entzündungsreize im Sinne der Cellularpathologie anzusehen.

Sollte darum zur Verhütung der Empyeme nicht auf Grund des von Brieger so glücklich betretenen Weges durch Desinfektion der Luftwege mit chemischen Gegenmitteln, die eventuell nur durch Herbeiführung stärkerer saurer oder alkalischer Reaktion zu wirken hätten, etwas zu erreichen sein?

Leider kann ich nicht eingehender diesen Gegenstand hier verfolgen. Gestatten Sie mir nur Ihnen noch hier die unter Grawitz' Leitung geschriebene Dissertation von Heinrich Kracht über die Ursachen der Brustfellentzündung vorzulegen.

Es ist darin der Nachweis geführt, dass eitrige Pleuritis meist sekundär auftritt, indem chemisch reizende Substanzen mit Bakterien von benachbarten Organen auf die Pleura fortgeleitet werden. Längst bekannt ist die Häufigkeit eitriger Pleuritis bei Lungen- und Herzkrankheiten, bei Unterleibsleiden, Peritonitis, Nephritis etc.

Dass bei Nephritis und Herzfehlern die Pleuren oft in eitrige Entzündung gerathen, ist nach den experimentell gewonnenen Resultaten dahin zu erklären, dass die Hauptkrankheit in Folge

schwerer Cirkulationsstörung begleitet wird von einer wässrigen Exsudation. Sekundär wird dieselbe dann mit Bakterien inficirt, welche von irgend woher, nicht selten von den Herzklappen selbst, in den Blutstrom gelangt sind. Eben so wie mit diesen Fällen verhält es sich mit den anfänglich wässrigen, später eitrigen Ergüssen bei Tuberkulose oder Krebs der Pleura. Hierbei ist keine Aussicht auf Erfüllung der Indicatio causalis.

Sollten wir indess nicht bei den zu akuten bronchialen und Lungenkrankheiten hinzutretenden, oder bei den durch Erkältung entstandenen scheinbar primären Pleuritiden versuchen, durch Abhaltung von Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken und die durch dieselben gebildeten toxischen Substanzen den Übergang von seröser Pleuritis in eitrige zu verhindern? Massenhaftes Vorkommen von Eiterkokken ist von verschiedenen Forschern in der Empyemflüssigkeit, viel weniger, oft gar nicht in serösen Exsudaten nachgewiesen.

Möglicherweise lassen sich Mittel und Wege finden, an gewissen zugänglichen Stellen, z. B. auf der Bronchial- und Darmschleimhaut, auf chemischem Wege dieselben zu neutralisiren, ihre weitere Entwicklung zu verhindern?

Dies sind Probleme der Zukunftstherapie. Fürs Erste bleibt uns nichts übrig als die genannten Bakterien an den Eingangspforten des Körpers aufzusuchen, aus Mund, Nase, Rachenhöhle durch Spülung, Desinfektion sie zu entfernen. In meiner Klinik hat jeder Kranke seine Zahnbürste, wird Morgens und Abends angehalten sie zu verwerthen, Mund, Rachen und Nasenhöhle mit desinficirender Lösung zu spülen, und wird hierbei die von mir angegebene Methode der Nasenspülung verwerthet.

Auch in diesen Fällen zeigt sich aufs Neue wie skrupulöseste Reinhaltung der Krankenräume und der Kranken selbst erforderlich ist, um Weiterverbreitung von Krankheitsstoffen zu verhüten.

Außerdem sollten wir in Zukunft bei vorkommenden Lungenentzündungen, bei serösen und eitrigen Pleuritiden, gemeinsam unsere Aufmerksamkeit darauf lenken, wie sich in der Mund- und Rachenhöhle vorkommende Bakterien verhalten gegenüber den bei jenen Processen gefundenen, ob sich an beiden Orten gleiche Arten etwa in entsprechender reichlicher Menge auffinden lassen; insbesondere wäre bei Recidiven der genannten Krankheiten die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Es bietet sich ein Feld gemeinsamer Thätigkeit für Kliniker und Bakteriologen. Sollte ich hierzu eine geringe Anregung gegeben haben, würde es mich freuen. — Orig.-Ref.

Rydygier (Krakau). Ich bekenne mich auf Grund meiner Erfahrung in 24 Fällen zu den Anhängern der Resektion beim Empyem und glaube, dass mein hochverehrter Lehrer Leyden wirklich die Größe des Eingriffs überschätzt: Bei der Rippenresektion verliert ja der Pat. fast keinen Tropfen Blut. Nun mag in einigen sehr desolaten Fällen die Narkose wirklich für den Pat. Gefahren in sich

bergen. Aber da kann man ohne Narkose auskommen: bei zwei sehr heruntergekommenen erwachsenen Pat. habe ich die Operation ohne Narkose gemacht und mich da auf bloße Incision beschränkt, bei einigen Kindern in halber Narkose — bei letzterer führte ich stets die Rippenresektion aus —. Vielleicht könnte man in solchen Fällen zum Hautschnitt, der am schmerzhaftesten ist, Cocain subkutan anwenden, wie es einer der Herren Vorredner hervorgehoben. Die Operation ist auch nicht schwer: ich lasse sie häufig von den Studenten ausführen, so dass auch der häufige Vorwurf wegfällt, es könne sie nicht jeder Arzt ausführen.

Dagegen habe ich immer noch nicht von den Anhängern der Aspirationsmethode den Vorwurf Schede's widerlegen gehört, wie sie es bei unverständigen Pat., namentlich aber bei Kindern zu Stande bringen wollen, dass beim unruhigen Hin- und Herwerfen die ganze komplicirte Hebervorrichtung nicht verdorben wird. Ich weiß auch nicht, wie man bei kleinen Kindern in den Intercostalraum ein hinlänglich dickes Drainrohr einbringen will. Das ist auch der Grund, wesshalb ich bei Kindern nie die einfache Incision mache. Irgend einen Nachtheil hat die Resektion nicht; die Rippe ergänzt sich recht bald, wie ich das in einem Fall gesehen, wo ich wegen Fistelbildung die Wunde erweitern und nochmals die Rippe reseciren musste: da fand ich schon nach einigen Wochen um das Drainrohr, das in diesem Falle zu klein gewählt war, neuen Knochen gebildet, so dass die Rippe wie trepanirt aussah.

Zur Nachbehandlung würde ich außer der Ausspülung mit lauwarmem Borwasser Injektion einer 10%igen Mischung von Jodoform in Glycerin oder Olivenöl anempfehlen: einmal wird dadurch — glaube ich — eine länger dauernde stetige Desinfektion in der Höhle erreicht und dann auch die Sekretion vermindert, wie das Mikulicz seiner Zeit vom Jodoform hervorgehoben hat. In Fällen von Empyem bei Tuberkulösen könnte man auch an die specifische Wirkung des Jodoform gegen lokale Tuberkulose denken, die vor wenigen Tagen auf dem letzten Chirurgenkongress Bruns und Andere mit so viel Nachdruck hervorgehoben haben. Möglicherweise verdanke ich dieser Nachbehandlung, die ich schon seit Jahren übe, dass ich Empyeme auch bei Tuberkulösen gut und ohne Fisteln häufig ausheilen sah. — Orig.-Ref.

Runeberg (Helsingfors). An meiner Klinik in Helsingfors haben wir, seit Ende des Jahres 1885, die Pleuraempyeme ganz konsequent durch einfache primäre Rippenresektion mit Weglassung jeder Spülung, sowohl in der Nachbehandlungsperiode, als bei den Operationen selbst, behandelt. In der konsequenten Anwendung dieser Methode bin ich nicht durch theoretische Erwägungen, sondern ausschließlich durch die günstige praktische Erfahrung gelangt.

Schon vor einigen Jahren hat Prof. Holsti in den Verhandlungen der finnischen Gesellschaft der Ärzte für 1887 unsere damaligen Erfahrungen in einem Aufsatze mitgetheilt, der später auch im

Deutschen Archiv für klin. Med. Bd. 42 erschienen ist. Die Resultate waren ja, nachdem ich die Rippenresektion und Weglassung der täglichen Spülungen an unserer Klinik eingeführt hatte, recht günstig, besonders wenn man sie mit denjenigen vergleicht, welche wir in einer früheren Periode, bei Anwendung einfacher Incision und täglicher Spülungen gewonnen hatten. Von 27 Fällen wurden 23 (85%) vollständig geheilt, 3 mit Fisteln entlassen und ein mit Herzfehler komplicirter Fall endigte letal, während in der früheren Periode von 14 unkomplicirten Fällen nur 6 vollständig geheilt und eben so viele — 6 — mit Fisteln entlassen wurden; 2 Fälle nahmen einen letalen Ausgang.

Holsti's Mittheilung stammt noch von einer Übergangsperiode her. Seine Statistik umfasst daher einige Fälle, wo noch Spülungen nach der Operation, theilweise sogar in der Nachbehandlungsperiode, ausgeführt wurden, so wie einige Fälle, die vor der Operation nach anderen Verfahren behandelt waren. Ich verfüge jetzt über ein bedeutend größeres, aus ganz gleichmäßig behandelten Fällen bestehendes Material.

Seit Anfang des Jahres 1886 haben wir in Allem 63 Fälle von Pleuraempyemen nach diesem Verfahren operirt, und wie ich sogleich bemerken will, in keinem einzigen Fall ist die Operation wegen Größe des Exsudates oder des heruntergekommenen Zustandes des Kranken unterlassen. 2 von diesen Fällen sind jedoch noch in Behandlung und können somit nicht mitgerechnet werden.

Meine Statistik umfasst somit 61 Fälle. 2 Fälle waren durch manifeste Tuberkulose — reichlich Bacillen im Eiter — komplicirt. In 10 Fällen war das Empyem durch gangränöse Processe in der Lunge hervorgerufen und das Exsudat von intensiv stinkender, jauchiger Beschaffenheit. In 49 Fällen waren somit keine von diesen Komplikationen vorhanden. Für die Beurtheilung der Operationsmethode an sich sind natürlich nur diese unkomplicirten Fälle verwendbar.

Von diesen 49 Fällen ist vollständige Heilung eingetreten in 46 Fällen (94%). 2 Fälle sind mit Fisteln aus dem Krankenhaus ausgeschrieben. In einem Fall trat der letale Ausgang in Folge eines gleich nach der Operation auftretenden bösartigen Erysipelas ein.

Was nun die Zeit betrifft, welche zur vollständigen Heilung nöthig war, so ist die mittlere Heilungsdauer für sämmtliche 46 geheilten Fälle 48 Tage, Minimum 21 Tage, Maximum — wenn ein exceptioneller Fall, welcher 157 Tage zur Heilung erforderte, ausgenommen wird — 89 Tage. Innerhalb 7 Wochen waren 32 von 46 = 70% vollständig geheilt, innerhalb 10 Wochen 42 von 46 = 91%.

In Bezug auf die Heilungsdauer findet sich kein Unterschied zwischen rechts- und linksseitigem Exsudate, so wie auch nicht zwischen Kranken verschiedenen Geschlechts. In 26 Fällen war das Exsudat linksseitig; die mittlere Heilungszeit für diese Fälle beträgt 47 Tage. In 23 Fällen war das Exsudat rechtsseitig; die Heilungs-

zeit beträgt in diesen Fällen 50 Tage. In 34 Fällen waren die Kranken männlichen Geschlechts; die Heilungszeit ist für diese Fälle 47 Tage. 15 Kranke waren weiblichen Geschlechts; die Heilungszeit war in diesen Fällen 51 Tage.

Wir finden somit bei der Zahl gleichmäßig behandelter Fälle, welche meine Statistik umfasst, ein ziemlich konstantes Verhältnis. Um so mehr beachtenswerth ist das Ergebnis dieser Statistik in Bezug auf die Heilungsdauer bei verschiedenem Alter des Empyems. Wir finden nämlich hier die allgemein angenommene Ansicht, dass die Heilungszeit um so kürzer ist je früher nach dem Entstehen des Empyems die Operation ausgeführt wird, gar nicht bestätigt. Schon Holsti hat darauf aufmerksam gemacht, dass in seinen Fällen die Heilungszeit bei denjenigen Fällen, welche innerhalb des ersten Monates nach dem Entstehen des Empyems operirt wurden, länger war als bei denjenigen Fällen, die in einer etwas späteren Periode operirt wurden. Dasselbe finde ich jetzt bei einem viel größeren Material bestätigt. In 13 innerhalb des ersten Monates seit dem Entstehen des Empyems operirten Fällen ist die mittlere Heilungsdauer 55 Tage, während in 27 Fällen, wo die Operation nach 2 Monaten bis ein halbes Jahr nach Entstehen des Empyems ausgeführt wurde, die Heilungsdauer nur 46 Tage beträgt und doch findet sich der vorher erwähnte Fall mit exceptionell langer Heilungsdauer in dieser Gruppe. Derselbe wurde nämlich 6 Wochen nach Entstehen des Empyems operirt. In 4 Fällen hatte das Empyem ein Alter von 7 Monaten bis 1 Jahr und in diesen Fällen war die mittlere Heilungsdauer nur 43 Tage. Das Alter des Empyems scheint somit mehr in Bezug auf die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge und die damit in Zusammenhang stehenden Difformitäten des Thorax, als auf die Heilungsdauer von Bedeutung zu sein.

Auch diejenigen Fälle, in welchen das Empyem vor der Operation nach außen durchgebrochen war oder in die Bronchien perforirt hatte, zeigen keine verzögerte Heilung. Von 11 Fällen mit Kommunikation zwischen der Empyemhöhle und den Bronchien heilten 10, mit einer Heilungsdauer von 40 Tagen. 6 Fälle von Empyema necessitatis sind alle geheilt entlassen mit einer Heilungsdauer von 42 Tagen. Nur die Größe des Exsudates scheint einigen Einfluss auf die Heilungsdauer auszuüben. In 10 Fällen, wo der Eiter die Pleurahöhle vollständig füllte und bedeutende Herzverschiebung vorkam — in einigen Fällen bis 2 cm rechts von der rechten Mammillarlinie — findet man nämlich eine mittlere Heilungszeit von 55 Tagen.

Was schließlich die komplicirten Fälle betrifft, so sind die beiden Kranken mit tuberkulösen Empyemen mit ungeheilter Fistel an ihrer Tuberkulose gestorben. Von den 10 gangränösen Exsudaten sind 4 geheilt und 2 mit Fisteln entlassen; 4 sind gestorben, davon 3 mit multiplen gangränösen Herden in der Lunge.

Näher auf die Fälle einzugehen, welche meine Statistik umfasst, verbietet die Zeit. Ich kann doch nicht umhin auszu-

sprechen, dass, meiner Meinung nach, die Radikaloperation mit Rippenresektion und Weglassung jeder Spülung ausgeführt, in Bezug auf günstige Erfolge bisher noch unerreicht ist von irgend einer anderen Methode und dass die Bemerkungen, welche man gegen sie gemacht hat, von verhältnismäßig sehr geringer Tragweite sind. — Orig.-Ref.

Weber (Halle) hat gefunden, dass nach der Rippenresektion weniger Nachkrankheiten (speciell Tuberkulose) auftreten, als nach der Bülau'schen Methode, wesshalb er die erstere vorzieht. Letztere ist dann angezeigt, wenn man die Operation vermeiden will, wenn der Kranke so schwach ist, dass er nicht vom Bett gehoben werden kann; dann reicht aber auch ein ganz einfaches Abfließen des Inhaltes aus, und man gewinnt dadurch Zeit, um die Rippenresektion machen zu können. —

Immermann (Schlusswort) möchte ebenfalls an dem Satz festhalten, kein Empyem alt werden zu lassen. Was die in Frage stehende Operationsmethode betrifft, so bietet die radikale Operation noch immer keine so günstige Mortalitätsziffer, dass sie der Aspirationsdrainage vorgezogen werden sollte. Jedenfalls halten sich beide Methoden so ziemlich das Gleichgewicht. Die radikale Operation hat für sich, dass, wenn sie einmal gelungen, die Nachbehandlung eine sehr einfache ist. Sie hat aber auch Nachtheile, da sie Difformitäten nach sich zieht. Dem gegenüber macht die Aspirationsdrainage keine Entstellung, erheischt aber eine genaue Nachbehandlung, wesshalb sie auch weit mehr für die Spital- als für die Privatpraxis geeignet ist. —

Schede hält es für selbstverständlich, dass man bei schwachen und elenden Kranken keine Operation vornehmen wird, sondern bloß eine Punktion. Was den Ersatz des Chloroforms durch Cocain betrifft, so hält er letzteres für gefährlicher als ersteres; wenn schon lokale Narkose angewendet werden soll, so empfiehlt er Äther. Plötzliche Todesfälle nach Operationen kommen ja auch nach ganz einfachen Operationen vor, können daher der Operation als solcher nicht zum Vorwurf gemacht werden. Die Tuberkulose kann wohl keine Gegenanzeige für die Operation bilden, da doch fast die Hälfte der Operationen an Tuberkulösen gemacht werden. Für die nächste Zeit, glaubt S., werden wohl beide Methoden mit einander konkurriren, doch glaubt er, dass bessere Resultate erzielt werden, wenn von vorn herein radikal operirt wird. —

Senator (Berlin). Die Behandlung des chronischen Morbus Brightii. (Referat.)

Ref., der die allgemeinen Grundsätze der Behandlung des eigentlichen Krankheitsprocesses beim chronischen Morbus Brightii zum Gegenstande der Besprechung machen will, erörtert in einleitenden Worten, was er unter Morbus Brightii verstanden wissen will. Er

begreift darunter diejenigen nicht suppurativen, entzündlichen Processe beider Nieren, welche in ihrem Verlaufe zum Untergange und zur Verödung des Organs führen und welche klinisch gekennzeichnet sind hauptsächlich durch Veränderungen im Urin, unter denen wiederum die Albuminurie das konstanteste und pathognomonische Symptom ist. Chronisch nennt S. die Fälle, die etwa ein halbes Jahr gedauert haben. Je nach der verschiedenen Betheiligung der Gewebe sind dann in anatomischer und klinischer Beziehung zwei Typen der Erkrankung, die chronische parenchymatöse Nephritis und die Schrumpfniere zu unterscheiden; viele Fälle entsprechen allerdings weder in ihrem Beginn noch in ihrem Verlaufe dem einen oder dem anderen Typus.

Die kausale Therapie, welche gleichzeitig eine prophylaktische sein kann, hat hier bei beiden Typen nur einen sehr beschränkten Wirkungskreis, einmal weil uns nicht alle Ursachen der Krankheit bekannt sind, und dann, weil wir auch gegen die bekannten Ursachen nur in den wenigsten Fällen mit Erfolg ankämpfen können. Unter den Ursachen ist zuerst zu nennen die akute Nephritis, welche häufig in die chronische Form übergeht; der an akuter Nephritis Erkrankte ist desshalb in sorgfältigster Obhut zu halten, bis wiederholte Urinuntersuchungen keine Anomalie mehr ergeben. Als weitere Ursachen, welche theils unmittelbar, theils mittelbar durch das Zwischenglied der Arteriosklerose chronische Nephritis bedingen, sind zu nennen: Erkältung, Gicht, Syphilis, Malaria; Missbrauch von Alkohol und Tabak; Blei- und andere Metallintoxikationen; chronische Entzündung der Harnwege, namentlich des Nierenbeckens. Seltenere, zum Theil zweifelhafte Ursachen sind Diabetes, Schwangerschaft, lange dauernde venöse Stauung der Nieren. Als disponirende Ursache sind zu nennen klimatische Einflüsse, Heredität und psychische Affektionen.

Übergehend zur eigentlichen Behandlung bespricht S. zunächst die parenchymatöse Nephritis, die in ihrer ausgesprochenen Form mit Anämie, Hydrops und Absonderung eines sparsamen, an Eiweiß und morphotischen Bestandtheilen mehr oder weniger reichen Urins einhergeht. Der antiphlogistische Heilapparat, bestehend in der Anwendung von Kälte, örtlichen Blutentziehungen, Ableitungen und Gegenreizen und der Darreichung gewisser Arzneimittel ist bei der chronischen Nephritis so gut wie ganz machtlos. Auch von der Anwendung der Adstringentien, von Tannin, Secale cornutum, Salpetersäure, Benzoesäure, Fuchsin hat man einen Einfluss auf die Albuminurie nicht feststellen können; dessgleichen sind auch in diesen Fällen die Eisenpräparate und das sonst entzündungswidrig wirkende Ichthyol wenig brauchbar. Ohnmächtig aber stehen wir desshalb der chronischen Nephritis nicht gegenüber; dieselbe ist in jedem Stadium zur Heilung zu bringen. Die Aufgaben, die zur Heilung zu erfüllen sind, bestehen einmal in einer Schonung und Entlastung der Drüsenepithelien, dann in Durchspülung der Niere. Um die Harnkanäl-

chen-Epithelien zu schonen, müssen nicht nur alle scharf reizenden Mittel möglichst vermieden werden, sondern es muss auch der Eiweißumsatz auf das nothwendigste Maß herabgesetzt, es muss die Eiweißzufuhr beschränkt, das Nahrungsbedürfnis mehr durch Fett und Kohlehydrate befriedigt werden. Hungern braucht der Kranke dabei nicht; er soll und kann im Gegentheil ausreichend ernährt werden; nur soll das Mischungsverhältnis des Eiweißes zu den stickstofffreien Substanzen so geändert werden, dass der Organismus, möglichst wenig Eiweiß zersetzt. Bei zu starker Herabsetzung der Eiweißzufuhr wird allerdings die Ausnutzung der anderen Nahrung beeinträchtigt; 50—70 g Eiweiß dürften für einen erwachsenen Mann in Ruhe, der nicht allzu sehr heruntergekommen ist, diejenige Menge bezeichnen, unter welche im Allgemeinen nicht herabzugehen wäre, die aber auch nicht überschritten zu werden braucht. Nur muss in demselben Maße die Menge der stickstofffreien Nahrung gesteigert werden.

Diese theoretischen Erwägungen haben in der Praxis schon längst Anerkennung gefunden durch die Anwendung von Milchkuren. Die Milch wird einmal als leicht verdauliches Nahrungsmittel zu verwerthen sein, dann aber ist sie im Stande, starken Eiweißverlust der Nephritiker zu ersetzen und zu tonisiren. Bei ausschließlichem Milchgebrauch sollen von nicht fiebernden, ruhenden Kranken etwa 2 Liter Milch getrunken werden, häufig weniger, selten etwas mehr. Mit dieser Menge wird im Allgemeinen diejenige Eiweißmenge aufgenommen, welche S. als theoretisch richtig bezeichnet hat.

Die Milch ist ferner noch werthvoll dadurch, dass sie keine reizenden Stoffe und Zersetzungsprodukte enthält und dass sie in Folge ihres großen Wassergehaltes zugleich diuretisch wirkt. Bei Verdauungsstörungen ist sie selten kontraindicirt, kann auch durch Zusätze verträglicher gemacht werden. Buttermilch, Kumys, Kefir und auch Mandelmilch können zum zeitweisen Ersatze der Milch dienen. Wenn wenig oder gar keine Milch genommen werden kann, muss zur Deckung eines stärkeren Verlustes an Eiweiß Fleisch gereicht werden und zwar solches, welches an Extraktivstoffen und Zersetzungsprodukten (Ptomainen) möglichst arm ist. Dazu eignen sich besonders die weißen Fleischsorten und das Fischfleisch. Über die Zulässigkeit von Eiern sind die Meinungen noch nicht ganz geklärt; eine reichliche Ernährung mit Eiern ist jedenfalls nicht ganz harmlos, während dagegen eine vollständige Ausschließung derselben zu weit gehen würde.

Eine wichtige Rolle spielen die Getränke; sie sollen nicht nur den Durst stillen, sondern auch der Durchspülung der Nieren dienen. Der Werth, den die Milchnahrung in dieser Beziehung hat, ist schon oben gewürdigt worden. Bei der sonstigen Auswahl der Getränke wird man diejenigen, welche die Nieren reizen, namentlich die Alkoholica, mehr oder weniger beschränken oder ganz entziehen. Bier besonders gilt als sehr schädlich, vielleicht wegen seines hohen Gehalts an Extraktivstoffen. Weniger bedenklich sind die reinen Obst-

weine, die auch noch wegen ihres Gehalts an pflanzensauren Alkalien diuretisch wirken.

Nächst der Ernährung spielt die Muskelthätigkeit eine große Rolle, in so fern als festgestellt ist, dass körperliche Bewegung in der Regel die Eiweißausscheidung steigert und auch die sonstige Beschaffenheit des Harns verschlechtert. Es wird daher die Muskelarbeit genau zu überwachen und je nach der Schwere des Falles absolute Bettruhe oder mäßige Bewegung im Zimmer oder im Freien zu gestatten sein. Unter allen Umständen sind die Kranken vor den Einflüssen der äußeren Temperaturschwankungen und vor Erkältungen zu bewahren. Besondere Vorsicht ist für Frauen während der Menstruation geboten; dieselben bleiben während dieser Zeit am besten im Bett. Durch Hautpflege, Bäder, Abreibungen etc. wird bisweilen auch ein gewisser Nutzen erzielt.

Wenn die Harnmenge stark abnimmt, der Harn trübe ist und reich an morphotischen Bestandtheilen, so kann schon allein aus diesem Grunde, um die Cirkulation frei zu machen, die Anwendung der Diuretica, die seit längst schon im steten Gebrauche sind, nothwendig werden. Die Anwendung der Diuretica kann allein nützen mit Bezug auf die eigentlichen Wasser absondernden Apparate, die Gefäßknäuel. Die Transsudation aus den Gefäßknäueln wird vermehrt erstens durch gesteigerte Zufuhr von Wasser zu den Nieren, zweitens durch Erhöhung des Blutdrucks — in beiden Fällen ohne dass eine nennenswerthe Reizung der Harnkanälchen damit verbunden zu sein braucht. In ersterer Beziehung dürfte die Einfettung und Einleimung der Haut als eine sehr milde Methode zu bezeichnen sein; in demselben Sinne wirkt die reichliche Zufuhr von Getränken, besonders von Mineralwässern, welche die Salze des Serums enthalten, der alkalisch-muriatischen Brunnen und der Säuerlinge. Hierher gehören ferner die diuretischen Thees und die pflanzensauren Alkalien, die sich im Blute in kohlensaure Salze umwandeln und in die Niere übergehend die Lockerung und Abstoßung der aufgeschwemmten Stoffe begünstigen.

Zur Gruppe derjenigen Mittel, welche ihre diuretische Wirkung der Hebung der Herzthätigkeit verdanken, gehören in erster Linie Digitalis, Squilla und Strophanthus und einige Ersatzmittel der Digitalis, dann in zweiter Linie diejenigen Mittel, welche wie das Koffeïn nicht mehr auf das Herz und das Gefäßsystem allein einwirken. Die Anwendung der sogenannten Diuretica acria ist kontraindicirt; zweifelhaft ist die Anwendung einiger anderer Mittel, wie namentlich des Kalomel.

Ref. geht nunmehr zur Besprechung der Behandlung der Schrumpfniere über und hebt zunächst hervor, dass Vieles von dem schon Erörterten auch hierher passe, da die Schrumpfniere oft aus parenchymatöser Erkrankung hervorgeht und in ihrem Verlaufe häufig Schübe mit parenchymatösen Veränderungen vorkommen. — Den Process rückgängig zu machen, ist unmöglich. Um den Fortschritt aufzuhalten,

empfiehlt S. das Jodkalium in Tagesgaben von 1,5—2,0 g mit Rücksicht auf die günstige Wirkung dieses Mittels auf die fast stets vorhandene Arteriosklerose. Wenn man die Erkrankung des Gefäßsystems einigermaßen hintanhalten kann, so ist dies von größter Bedeutung für die Krankheit, denn das Beherrschende bei der Schrumpfniere ist die Herzhypertrophie und der gesteigerte Druck im Aortensystem. Bei zu geringer Herzthätigkeit kommt es zu Störungen in der Nierenfunktion, andauernde Blutdrucksteigerung steigert die Arteriosklerose. Es kommt also hauptsächlich auf Schonung des Herzens an und dies bedingt obenan eine hygienische Behandlung. Der Arzt muss die ganze Lebensweise solcher Pat. überwachen und regeln, wobei natürlich den individuellen Bedürfnissen, den Vermögensverhältnissen, der gesellschaftlichen Stellung, den Lebensgewohnheiten Rechnung zu tragen ist. Jede üppige Lebensweise muss verpönt werden, Mäßigkeit im Trinken besonders streng angeordnet werden. Die Eiweißzufuhr ist zu beschränken, wenn gleich die Gefahr der Reizung der Nieren hier weniger groß ist als bei der parenchymatösen Nephritis.

Mit Zufuhr der Getränke kann man in diesen Fällen sparsam sein; starke alkoholische Getränke sind eben so wie andere erregende Genussmittel zu vermeiden; das Rauchen ist sehr einzuschränken. Körperliche Bewegung in mäßiger Weise ist zu gestatten; Schutz vor Erkältung, warme Kleidung, Pflege der Hautthätigkeit, Bäder sind zu empfehlen. Wohlhabenden Pat. ist Klimawechsel während der ungünstigen Jahreszeit zu rathen.

Auf diese Weise gelingt es doch recht häufig unter günstigen äußeren Verhältnissen die Beschwerden der Kranken zu lindern und ihr Leben zu verlängern. **M. Cohn** (Berlin).

---

v. Ziemssen (München). (Korreferat.)

Ref. hebt im Beginn hervor, dass, wenn auch die wissenschaftlichen Grundlagen der speciellen Therapie der chronischen Nephritis sehr dürftige seien und man am Krankenbette vorwiegend auf die empirischen Wege angewiesen sei, es doch sehr wünschenswerth sei, diese wichtige Frage im Kongress eingehend zu besprechen. Es werde dadurch Anregung gegeben zu einer mehr einheitlichen Auffassung der Aufgaben, die der Arzt am Krankenbett zu erfüllen habe.

Ref. trennt bei der Besprechung der speciellen Therapie die beiden wesentlichsten Formen der chronischen Nephritis, die chronische parenchymatöse Nephritis mit der großen weißen Niere als anatomischer Grundlage und die interstitielle Nephritis mit der kleinen rothen, harten Schrumpfniere als Grundlage. Die Trennung ist nothwendig, weil die beiden Formen wesentlich differente Indikationen ergeben. Für die sekundäre Schrumpfniere und die Mischformen überhaupt ergeben sich aus der Betrachtung der reinen Formen die Heilanzeigen von selbst.

Was die chronische parenchymatöse Nephritis betrifft, so besitzen wir leider kein Heilverfahren, welches auf die anatomische Störung direkt einen günstigen Einfluss ausüben kann. Wir müssen uns desshalb mit einer symptomatischen Behandlung begnügen. Die medikamentöse Behandlung ist auf ein möglichst geringes Maß zu beschränken, da durch die Medikamente nur zu leicht Verdauung, Assimilation und Gesammternährung beeinträchtigt werden. So ausgiebig die Anwendung der diätetischen und physikalischen Heilmethoden sein soll, so sparsam soll man mit den Medikamenten sein.

Die symptomatische Behandlung wendet sich zunächst gegen die konstanteste Äußerung der Nierenstörung, die Albuminurie. Die gegen die Eiweißausscheidung früher empfohlene Gerbsäure, so wie das Plumbum aceticum sind unwirksam und für die Verdauung nachtheilig. Über die neuerdings empfohlenen Mittel: Fuchsin und Brombenzol lässt sich ein sicheres Urtheil noch nicht gewinnen. Einiges Vertrauen verdient das Jodkali, besonders wo Syphilis vorausgegangen ist. In einigen Fällen sah Ref. auch von Extr. Secalis cornut. bei längerem Gebrauch eine Beschränkung der Eiweißausscheidung. Dasselbe eignet sich besonders auch zur Anwendung bei den akuten hämorrhagischen Exacerbationen der chronischen Nephritis neben Anwendung der Milchdiät und längerer Bettruhe, welche Ref. überhaupt nicht dringend genug empfehlen kann.

Zur Bekämpfung des Hydrops steht wiederum die Bettruhe (schon von Bright, Bartels u. A. empfohlen) an erster Stelle. Dieselbe ist monate-, selbst jahrelang durchzuführen und erzielt nicht selten ungeahnte Erfolge. Von den übrigen antihydropischen Methoden sind die diaphoretischen und unter ihnen wieder die physikalischen am wichtigsten. Unter den letzteren haben das heiße Luftbad, das heiße Vollbad und das partielle Dampfbad den größten Werth.

Das heiße Luftbad wird in Wärmekammern gegeben, in denen die Temperatur der Luft durch in Kupferschlangen strömenden Dampf zu beliebiger Höhe gesteigert werden kann. Im Gegensatz zum russischen Dampfbad, in welchem der Wasserdampf direkt in die Kammern ausströmt, ist im Heißluftbad die Atmosphäre wasserarm und ermöglicht dem Körper reichlichste Wasserabgabe durch Haut und Lungen. Die Bluttemperatur steigt desshalb nur wenig über 38° C.; Cirkulation und Respiration werden wenig beschleunigt; der Erweiterung der Hautkapillaren folgt eine Abnahme des Blutdruckes und eine Entlastung des Gefäßsystems im Körperinneren. Diese milde und doch, was den Wasserverlust betrifft, bedeutende Wirkung des Heißluftbades sichert demselben die erste Rolle unter den antihydropischen Methoden, um so mehr, als sie für den Kranken nicht angreifend, sondern wohlthuend ist und sich nach dem Bedürfnisse des Einzelfalles modificiren lässt. Besonders bei längerem, d. h. vielstündigem Verweilen des Kranken im Heißluftbade nehmen die Ödeme

rasch ab. Dr. v. Hösslin sah bei einem 30jährigen Brightiker nach 12stündigem Verweilen im Heißluftbade die Ödeme schwinden. Nach dem Bade ist trotz kühler Dusche oder Vollbad die Empfindlichkeit der Körperoberfläche gegen Erkältung eine sehr große, weil die Erweiterung der Kapillaren und die gesteigerte Drüsenthätigkeit der Haut nur langsam wieder zum Normalzustand zurückkehrt. Es ist desshalb nicht rathsam, dass der Kranke nach dem Bade die Anstalt verlässt, selbst wenn er im geschlossenen Wagen nach Hause zurückkehrt, da Erkältung nicht ausgeschlossen, die wiederum auf die Nieren von ungünstigem Einflusse sein kann.

Zu einem Schwitzbade im Bette des Kranken selbst sind neuerdings verschiedene Vorrichtungen angegeben, nämlich der Phénix à air chaud von Fulpius, die Vorrichtung von Nieuwenstraten und das Patentschwitzbad von Fuchs. Von diesen scheint der Phénix à air chaud praktisch und wirksam, während die Nieuwenstraten'sche Spiritusflamme zwischen den Beinen des Kranken trotz aller Schutzvorrichtungen keine vollkommene Sicherheit gegen Verbrennungsgefahr bietet. Das Patentschwitzbad endlich steht noch zu hoch im Preise, um der allgemeinen Einführung zugänglich zu sein. Jedenfalls muss die Konstruktion zweckmäßiger und einfacher Vorrichtungen, welche es möglich machen, dem Kranken in seinem Bette unter der Decke genügend heiße Luft zuzuführen, als ein wichtiges Postulat der Therapie des Morbus Brightii bezeichnet werden.

Das partielle Dampfbad in Form des Kastendampfbades eignet sich sehr gut zur Anwendung im Krankenzimmer. Der Pat. befindet sich mit Ausschluss des Kopfes in dem Kasten, in welchen aus einem danebenstehenden, kleinen Dampfkessel Wasserdampf geleitet wird. Der Kranke bleibt im Dampfkasten in sitzender Stellung 20—30 Minuten, wird dann rasch ins Bett gebracht, mit einer großen gewärmten Wolldecke fest eingepackt und mit Betten bestopft.

Beim heißen Vollbade, welches in seiner antihydropischen Wirkung von Liebermeister (Prager Vierteljahrsschrift 18) und von Ref. (D. Archiv f. klin. Med. Bd. II) studirt ist, wird der Kranke in ein Wasser von 38° C. gebracht und die Temperatur durch Zugießen heißen Wassers auf 40—41° C. gesteigert. Nach 20—30 Minuten wird der Kranke herausgenommen, in die warme Wolldecke eingepackt und mit Betten bestopft. Bei beiden Proceduren ist die Schweißsekretion eine sehr lebhafte — ein Wasserverlust von 1 bis 2000 ccm gehört nicht zu den Seltenheiten —, beide sind aber für den Kranken nicht angenehm, oft geradezu angreifend und können sich auch, was die subjektiven Empfindungen des Kranken anlangt, nicht entfernt mit dem heißen Luftbade messen.

In den ärmeren Schichten der Bevölkerung, wo keinerlei Vorrichtungen zu Bädern etc. zu haben sind, kann man durch eine einfache Prießnitz'sche Einpackung mit einem in heißes Wasser getauchten Laken und Federbett schon recht befriedigende Resultate erzielen, wie Ref. vor langen Jahren (l. c.) erwiesen hat.

Ref. betont, dass ein bemerkenswerther Effekt bei allen diaphoretischen Proceduren oft erst nach der zweiten oder dritten Anwendung auftritt, ferner dass bei allen Pat., bei denen eine Schonung der Körpersubstanz nöthig ist, diejenigen Proceduren zu vermeiden sind, welche die Bluttemperatur erheblich steigern und den Stoffwechsel beschleunigen, nämlich das russische Dampfbad und das heiße Vollbad, und an Stelle dieser das heiße Luftbad mit einer Temperatur von 35—40° C. zu wählen ist.

Von den medikamentösen Antihydropicis ist das Pilokarpin unbedingt das wirksamste. Seine unliebsamen Nebenwirkungen auf das Nervensystem und die Herzkraft machen eine Beschränkung seiner Anwendung auf kräftige, mehr torpide Naturen nöthig. Seine Anwendung geschieht am besten mit Sitzbädern alternirend oder hier und da zwischen dieselben eingeschoben.

Von den Diureticis stehen da, wo Herzenergie und Blutdruck herabgesetzt sind, die drucksteigernden Medikamente Digitalis und Scilla obenan. Mit Vortheil setzt man denselben leicht diffundirbare Salze, z. B. Tartarus boraxatus oder Kali aceticum zu. Das Koffeïn und Theobromin, als leicht lösliche Doppelsalze (mit Natrium salicylicum oder benzoicum) angewendet, scheinen eine Zukunft zu haben, da die Wirkung ohne wesentliche Nebenwirkung auf die Gefäße, (wenigstens bei dem Theobromin) sich vornehmlich an den Epithelien der Nieren abspielt.

Das Kalomel, bei kardialem Hydrops so vorzüglich in seiner Wirkung, lässt beim renalen Hydrops gewöhnlich im Stich.

Die Diuretica acria verspart man am besten auf solche Fälle, bei denen die übrigen Heilmethoden im Stich lassen, eben so auch die Drastica, welche unzweifelhaft auf den Hydrops wirksam sind, z. B. das Gummigutt, aber zugleich den Ruin der Verdauung beschleunigen.

Für die mechanische Behandlung des Hydrops durch Drainirung des Unterhautzellgewebes eignen sich nur die Southey-schen Drainagen. Dieselben sind ungefährlich, wenn man sie nach Ref. nur den Tag über liegen lässt und antiseptisch behandelt. Skarifikationen haben sehr häufig accidentelle Wundinfektion, Erysipel etc. im Gefolge und sind desshalb geradezu lebensgefährlich. Behandelt man die Incisionen mit antiseptischen Methoden, so erlischt das Aussickern des Serums sehr bald, wodurch die Wirkung der Incisionen illusorisch wird. Die mechanische Hydropsbehandlung kann oft wiederholt werden, hat immer eine große Erleichterung zur Folge (vgl. Kopp, Münchener Krankenhausannalen Bd. II) und vermag oft das Leben um Monate zu verlängern.

Bei der Nephritis interstitialis chronica und ihren Folgezuständen ist zunächst, wenn möglich Kausaltherapie gegen die Gicht, die Bleiintoxikation, den Alkoholismus, die Syphilis einzuleiten. Meist ist der Erfolg unzulänglich, da der Schrumpfungsprocess, wenn die Krankheit zur Behandlung kommt, meist schon viel zu weit vor-

geschritten ist, um noch zum Stillstand gebracht werden zu können. Hauptsache ist dann genaueste Regelung des Regimes, besonders der Diät, Beseitigung des Alkohols, versuchsweise Darreichung des Jodkalis, sorgfältige Verfolgung der Blutdrucksverhältnisse mittels des v. Basch'schen Sphygmomanometers. Wo ein Deficit des Blutdruckes eintritt, passen Digitalis, Scilla und Strophanthus; wo ein Überdruck (190—200 mm Quecksilber) besteht und kongestive cerebrale Störungen drohen, kann ein Aderlass indicirt sein, eben so die Eisblase auf das Herz und leichte Ableitung auf den Darm, z. B. durch Christison's Cremor tartari. Morphium subkutan wirkt vorzüglich auf die durch den hohen Blutdruck bedingten Unbehaglichkeiten.

Die Diät muss nahrhaft, dabei leicht verdaulich und nicht massig sein: der Kranke soll wenig essen und doch gut genährt werden. Gegen das hartnäckige Erbrechen ist Jodtinktur, Morphium subkutan und Fleischsaftgefrorenes zu versuchen, doch ist der Erfolg des Herumprobirens meist unbefriedigend, da es sich hier gewöhnlich um urämische Zustände handelt.

Die Urämie, sei sie unvollständig oder vollständig entwickelt, erfordert Hebung des Blutdruckes durch Digitalis, Reizmittel, leichte Ableitung auf den Darm und Morphium subkutan. Ist der Kranke bewusstlos, so verschone man den Schlingapparat und gebe Digitalis per rectum (wo die resorptive Wirkung fast eben so gut ist wie per os) und Kampher subkutan. Im äußersten Falle kann ein Aderlass oder eine subkutane Transfusion versucht werden.

Die Balneotherapie des Morbus Brightii beschränkt sich am besten auf die Thermen. Innerlicher Gebrauch der Mineralwässer ist im Allgemeinen nicht rathsam, da den Nieren eine stärkere Leistung zugemuthet wird, während im Wesentlichen doch eine Schonung derselben in unserer Aufgabe liegt.

Ganz vorzügliche Wirkung haben die klimatischen Kurorte in Italien, z. B. an der Riviera, in Ägypten, Westindien, am Kap. Schon ein einmaliger Winteraufenthalt in Meran zeigt glänzende Wirkung auf Gesammternährung, Anämie etc. Besser ist natürlich ein mehrjähriger Aufenthalt im Süden, weil damit auch die Beseitigung der Schädlichkeiten des Berufes gegeben ist. Wo der Kranke seinen Beruf nicht aufgeben kann, muss man sich oft damit begnügen, eine Arbeitspause in Form einer Badekur zu verordnen, welche noch am ehesten durchzusetzen ist. Man vermeide nur auch bei der Schrumpfniere den innerlichen Gebrauch der Mineralwässer, da die Kohlensäure bedenklich auf die Cirkulation wirken kann, und begnüge sich mit Thermalbädern und Höhenkurorten. — Orig.-Ref.

Diskussion: Mosler (Geifswald). Meine in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen lassen mir die Behandlung der chronischen Nephritis nicht mehr ganz so aussichtslos erscheinen, wie früher. Von großem Werthe ist in prophylaktischer Hinsicht die von mir bisher angewandte Behandlung der nach akuten Infek-

tionskrankheiten, so wie nach Erkältung frisch entstehender Nierenentzündung. Sich selbst überlassen führen dieselben in der Regel zu chronischem Morbus Brightii. Dagegen habe ich von energischer, konsequent fortgesetzter Behandlung ausgezeichnete Erfolge gesehen.

Seitdem wir bestimmt wissen, dass die Eiweißmenge von der Diät abhängig ist, dass sie bei Körperbewegungen, Anstrengungen wächst, dagegen bei Ruhe, insbesondere in der Rückenlage abnimmt, verordne ich in frischen Fällen von Nephritis der oben erwähnten Art viele Wochen lang unausgesetzt Bettruhe bei passender Diät, die ich hier nicht näher präcisiren will. Nur so viel will ich erwähnen, dass ich von Milchkuren nicht die Nachtheile gesehen habe, welche neuerdings ihnen zum Vorwurf gemacht worden sind.

Neben Bettruhe ist bei diesen frischen Fällen, insbesondere infektiöser Nephritis besonderer Werth zu legen auf planmäßige Spülung der Nieren. Dazu verwende ich je nach Umständen verschiedene Getränke. Vielfach wähle ich Milch mit aus destillirtem Wasser bereitetem Sodawasser, andere Male nehme ich gutes Trinkwasser, Leitungswasser, wie wir es in vorzüglicher Qualität jetzt in Greifswald haben, mit geringem Zusatz eines leichten Weines; auch habe ich oft den im Norden eingebürgerten Harzer Sauerbrunnen, Billiner oder Fachinger Brunnen dazu verwandt.

Eine Pat. mit frisch nach Erkältung entstandener hämorrhagischer Nephritis haben wir während 3 Monate dauernd im Bett liegen lassen, nur die Spülung der Nieren in der genannten Weise angewandt. Da der Fall zu denen gehörte, bei denen eine reichliche Diurese dadurch erzielt werden konnte, ist totale Heilung eingetreten, bis jetzt auch noch kein Recidiv beobachtet.

Für chronische Fälle von Nephritis muss ich mich nach meinen Erfahrungen leider Rosenstein's Urtheil anschließen, dass es kein sicheres Mittel giebt, welches derartig auf die lokale Störung einwirkt, dass die Eiweißausscheidung sichtlich vermindert wird.

Gestatten Sie mir noch 2 Worte über Behandlung der Urämie. Wollen wir dieselbe behandeln, so müssen wir über die Indikation im Klaren sein. Unter Urämie verstehen wir eine große Reihe von nervösen Erscheinungen, die bei Morbus Brightii auftreten in Folge Einwirkung gewisser toxischer Substanzen auf das Gehirn. Es sind vor Allem die sogenannten Extraktivstoffe und die Salze. Indem dieselben bei mangelhafter Nierenthätigkeit mehr und mehr im Blute sich anhäufen, reizen sie nach vorheriger Steigerung der Erregbarkeit das Centralnervensystem derart, dass klonische und klonisch-tonische Krämpfe zum Ausbruch kommen. Ich verweise an dieser Stelle auf Landois' Versuche über das Wesen der Urämie.

Als Praktiker bin ich dadurch noch mehr bestärkt worden in der Annahme, der Wirkung toxischer Substanzen bei Entstehung der Urämie die Hauptrolle zuzuschreiben. Als wichtigste therapeutische Indikation halte ich hiernach die möglichst rasche Entfernung dieser

toxischen Substanzen. Einen deplethorischen Aderlass möchte ich darum zur Bekämpfung der Urämie nicht entbehren. Mehr noch ist zu erwarten von Applikation reichlicher Blutegelzahl in der Nähe der psychomotorischen Centren der Hirnoberfläche.

Da bei stockender Nierensekretion solche Gifte häufig im Darm sich bilden, wenigstens die Ausscheidung von Harnbestandtheilen und weitere Zersetzung derselben auf der Darmoberfläche erfolgt, und durch Obstipation, welche dem Eintreten der Urämie oftmals voraufgeht, der weitere Process der Zersetzung im Darmkanal die Aufnahme der Gifte ins Blut erleichtert, besteht eben so wie bei beginnendem Typhus auch bei beginnender Urämie die Indikation zur Darreichung von Kalomel und anderen die Darmentleerung befördernden Mitteln.

Lässt sich danach Linderung der eklamptischen Konvulsionen nicht mehr erreichen, ist möglichst tiefe Narkose durch Chloroform, in Verbindung mit Morphium, oder letzteres allein am Platze. — Orig.-Ref.

Winternitz (Wien). W. macht zunächst darauf aufmerksam, dass trotz des allgemein anerkannten Werthes der Milchkur bei dieser Erkrankung auch nicht jene Resultate erzielt werden, die man mit dieser Kur erzielen könnte, wenn man sich über die Methode ihrer Anwendung geeinigt hätte. Der Fehler, der meist dabei begangen wird, besteht darin, das man die ausschließliche strenge Milchkur mit zu großen Einzeldosen beginnt, wodurch dieselbe nicht gut ertragen wird. Die mächtige diuretische Wirkung wird nur auf diesem Wege erzielt, wenn man nur ganz allmählich zu größeren, stets gleichen, in genau bestimmten Intervallen gereichten, quantitativ gleichen, langsam getrunkenen Einzelportionen vorschreitet. Der Übung und Schonung des kranken Organs entspricht eine solche Kur.

Eben so besteht kaum eine Meinungsverschiedenheit darüber, dass dem Nephritiker im Allgemeinen gleichmäßige Wärme bei Bettruhe am zuträglichsten sei. Die Beobachtung, dass schon bei der physiologischen Albuminurie eben so wie bei der Stauungsniere und den mannigfachsten Nierenreizungen Albumen überhaupt oder in größerer Menge nur im Tagharn oder nach Muskelanstrengungen anzutreffen ist, im Nachtharn oder nach längerer Bettruhe fehlt, ist ein Fingerzeig für den Werth des Bettaufenthaltes bei jeder Albuminurie. Andererseits darf es auch nicht übersehen werden, welcher Werth der Muskelaktion für Cirkulation, Innervation, Stoffwechsel, namentlich betreffs der Ausscheidung mannigfacher Rückbildungsprodukte desselben, vielleicht selbst zur Verhütung von Urämie zukommt.

Bettruhe und nothwendige Muskelaktion zu vereinen, ermöglicht entsprechende Massage und schwedische Heilgymnastik, die auch für Herbeiführung gesteigerten Wasserverlustes von der Haut von großem Werthe sind.

Es ist W. auf diesen Wegen gelungen, bei zahlreichen Nierenleiden Erfolge zu erzielen. — Orig.-Ref.

Ewald (Berlin). E. weist zunächst auf den Werth der peptonisirten Milch, der sogenannten künstlichen Muttermilch, für die Ernährung der Nephritiker hin. Die Gefahr für diese Kranken sieht er nicht in dem Eiweißverlust, den die Albuminurie als solche mit sich bringt, sondern in der meist mit Beginn der Nephritis gleichzeitig sich einstellenden Erkrankung des Verdauungsapparates.

Von Jodkalium hat E. bei vorhandener Arteriosklerose bei Verabfolgung großer Dosen (5—10 g per die) ebenfalls Nutzen gesehen. Zur Erzielung reichlicher Schweißsekretion hat er Jaborandi-Infus bez. Pilokarpin ohne Schaden angewandt. Gleich Senator kann er Zwecks Einleitung einer ausgiebigen Diurese die Kombination von Digitalis mit Kalomel empfehlen. —

Klemperer (Berlin) bespricht die diätetische Behandlung. Er erörtert zuerst die Bedeutung der Eiweißzufuhr in der Nahrung, indem er auf die Dissertationen von Östreich und Sobotta über den Einfluss von Eiweißkost auf die Albuminurie und auf seine eigenen Arbeiten über das nothwendige Maß der Eiweißzufuhr bei Gesunden und Kranken hinweist. K. kommt zu dem Schluss, dass Nierenkranke nicht anders als andere bettlägerige, abgemagerte chronisch Kranke zu ernähren seien; am besten unter Zugrundelegung von 2 Liter Milch täglich mit mittlerem Eiweiß, größeren Mengen N-freier Nahrung. — Orig.-Ref.

Lenhartz (Leipzig). Auf der Leipziger Klinik sind unter dem verstorbenen Prof. Wagner dieselben Principien bei der Behandlung des Morbus Brightii in Anwendung gekommen. Von der Kapillardrainage hat Redner nur Nachtheile gesehen; sie eröffne den Infektionsträgern das Thor. Dagegen seien von 2—3 cm langen, tiefen Incisionen ausgezeichnete Erfolge gesehen worden, so bei einem 58jährigen Pat., der seit 3 Jahren subakute Schrumpfniere hatte und hochgradiges Lungenödem bekam. Vom Pilokarpin sei höchstens die Hälfte der erlaubten Dosis in Anwendung zu ziehen; in einem Falle bewirkte es den tödlichen Ausgang. —

Pribram (Prag). Aus den erschöpfenden und lichtvollen Auseinandersetzungen der beiden Herren Referenten, und der sich hieran schließenden Diskussion ist ersichtlich, dass die allgemeine Überzeugung dahin geht, bei der Behandlung der chronischen Nephritis sei eine jede Polypharmacie, oder, wie ich den Begriff erweiternd, hinzufügen möchte, eine Polypragmasie überhaupt nur von Schaden. Ich will mir darum nur erlauben, an einige wenige Punkte der Referate anknüpfend, eine kurze Bemerkung zu machen.

Der erste dieser Gegenstände betrifft das Fuchsin, über dessen Verwendung bis jetzt abschließende Untersuchungen nicht vorliegen. Mit diesem Körper, selbstverständlich einem arsenfreien Präparate, habe ich seit der ersten Empfehlung desselben eine Anzahl von Versuchen bei den verschiedensten Formen von Nephritis angestellt und dieselben, als durch Esbach's Albuminimetrie eine neue, wenn auch nicht einwandfreie, so doch für längere und zahlreichere Versuchs-

reihen geeignete Eiweißschätzungsmethode als die älteren es waren, gegeben war, neuerdings wieder aufgenommen. Der therapeutische Erfolg ist, so weit ich bis jetzt sagen kann, insbesondere in Beziehung auf die Albuminurie, ein negativer gewesen.

Der zweite Gegenstand, den ich hervorheben wollte, ist die Verwendung der Gerbsäure in der Behandlung der Nephritis. Es könnte fast antiquirt erscheinen, auf diesen Körper, über dessen Wirkungslosigkeit gegen Albuminurie sich die neueren Beobachter fast übereinstimmend ungünstig aussprechen, noch ein Wort zu sagen. Dennoch kann ich nicht umhin, zu berichten, dass ich entschieden unter dem Eindruck stehe, dass man in einer erheblichen Anzahl von Fällen von akuter Nephritis die systematische Darreichung der Gerbsäure binnen kurzer Zeit nicht nur von erheblicher Abnahme der Hämaturie und Albuminurie, sondern von Wiedereintritt reichlicher Diurese und Rückgängigwerden der übrigen Krankheitserscheinungen gefolgt sieht. Seit den ersten Empfehlungen dieses Mittels durch englische Ärzte, und namentlich seit den dasselbe betreffenden Versuchen von Ribbert und Lewin habe ich dasselbe in den verschiedensten Fällen von akuten und chronischen Nephritiden planmäßig versucht. Nie habe ich davon bei chronischer parenchymatöser, dann interstitieller Nephritis und Amyloidniere eine Verringerung der Albuminurie gesehen, wohl aber glaube ich demselben, wie erwähnt bei akuter, besonders hämorrhagischer Nephritis eine auffallend günstige Einwirkung auf den Verlauf zuschreiben zu müssen. Nun bildet allerdings die akute Nephritis nicht den Gegenstand der Diskussion; aber in so fern im Verlaufe chronischer Nephritiden akute Nachschübe zu interkurriren pflegen, scheint mir das Mittel bei der Behandlung dieser letzteren Beachtung zu verdienen. Allerdings ist mit Recht hervorgehoben worden, dass die Gerbsäure auf die Dauer nicht vertragen werde und die Verdauung schädige. Das ist ganz richtig, und in noch höherem Grade tritt dieser Übelstand hervor, wenn man, wie es oft geschieht, Gerbsäure und Natriumkarbonat mit einander in Lösung bringt und so darreicht. Diese Lösung wird sehr rasch dunkel, enthält sich rasch entwickelnde Huminsubstanzen, schmeckt ekelhaft und wird nicht vertragen. Dagegen kann man das fast trocken in den Handel gebrachte Natriumtannat in Pulverform in den nöthigen Tagesgaben von 1 g und darüber (Einzelgaben 0,1—0,2) recht gut durch längere Zeit ohne Missstand vertragen. Allerdings könnte man gegen die erwähnte Behauptung der nützlichen Wirkung der Gerbsäure bei akuten Nephritiden einwenden, dass diese erfahrungsgemäß oft spontan heilen, und dass ferner unter dem Bilde der akuten Nephritis eine ganze Zahl ätiologisch verschiedener Processe verlaufen. Eben dieses macht die fernere Prüfung an einem äußerst reichen statistischen wohlgesichteten Material nothwendig. Gleichwohl glaube ich schon nach meinen bisherigen, an Zahl nicht geringen Beobachtungen die Berücksichtigung des Tannates bei der

Behandlung akuter Nachschübe im Verlaufe chronischer Nephritiden empfehlen zu sollen.

Der dritte Punkt bezieht sich auf die Verwendung von Mineralwässern in der chronischen Nephritis. Beide Herren Ref. haben übereinstimmend betont, dass die kurmäßige Verwendung derselben bei derartigen Processen wenig erwarten lasse. Ich möchte mir erlauben, diese Bemerkungen dahin zu erweitern, dass die so häufig geübte, anhaltende Verwendung kohlensäurereicher Wässer, und zwar sowohl jene der natürlichen Säuerlinge, wie insbesondere der viel mehr Kohlensäure mechanisch beigemengt enthaltenden Sodawässer als gewöhnliches Getränk bei Fällen von chronischer Nephritis mit starker Steigerung des Blutdruckes und der Arterienwandspannung, also namentlich bei Schrumpfniere die größten Gefahren, insbesondere Hirnhämorrhagien herbeiführen kann. Namentlich gilt dies von Fällen, wo es bereits zur Retinitis haemorrhagica gekommen ist.

Überhaupt spielt, wie bei der Behandlung der Herzkrankheiten, so auch bei jener der chronischen Nephritiden die Berücksichtigung des Blutdruckes und der Gefäßspannung die führende Rolle, und man wird viele Gefahren vermeiden, wenn man bei Stellung der therapeutischen Indikationen dem Sphygmographen und dem Sphygmomanometer die gebührende Beachtung schenkt. — Orig.-Ref.

Bauer (München). Wenn heute mehrmals davon die Rede war, dass es möglich sei, den Menschen mit geringeren Quantitäten von Eiweißstoffen zu erhalten, als Voit für den robusten Arbeiter verlangt hat, so möchte ich hierzu bemerken, dass die Voit'schen Mittelzahlen nichts Anderes sind, als der Durchschnittswerth der von einem robusten Arbeiter thatsächlich verzehrten Nahrungsstoffe, wobei derselbe auf seinem Körperbestand erhalten wurde. Dass ein heruntergekommener Körper mit erheblich geringeren Quantitäten von Nahrungsstoffen auf seinem Bestande erhalten werden kann und dass vollends bei pathologischen Verhältnissen das Leben eines Pat. mit sehr geringen Mengen von Nahrungsstoffen gefristet werden kann, ist auch den Schülern Voit's längst bekannt. Als Irrthum aber ist es zu bezeichnen, wenn angenommen wird, dass man das Eiweiß der Nahrung bis zu einer gewissen Grenze beliebig durch Kohlehydrate ersetzen könnte. Freilich kann dabei das Leben erhalten werden, aber mit jeder Verminderung der Eiweißzufuhr ändert sich auch der Eiweißbestand des Körpers, und zwar so lange, bis Körpereiweiß und Zufuhr wiederum im Gleichgewicht sich befinden; eine Verminderung der Eiweißzufuhr kann nicht eintreten ohne Änderung des Eiweißbestandes im Körper. Eine solche Änderung kann unter pathologischen Verhältnissen ohne Bedeutung, vielleicht zuweilen sogar erwünscht sein, sie wird aber auch eine gewisse Änderung der Leistungsfähigkeit des Körpers im Gefolge haben. — Orig.-Ref.

Fürbringer (Berlin). Zur Klinik der Knochenentzündungen typhösen Ursprungs.

Der Vortr. weist darauf hin, dass der Inhalt seines Themas in der deutschen Litteratur bislang keinen lehrbuchmäßigen Ausdruck gefunden und selbst von den ausführlichen Bearbeitungen des Darmtyphus durch Liebermeister u. A. nur flüchtig und summarisch gestreift worden, trotzdem eine ganze Reihe, freilich fast ausschließlich auswärtiger, insbesondere französischer Forscher die Komplikation in den letzten 2 Jahrzehnten an der Hand von ca. 30 Fällen ausführlich und gut beschrieben. Im Jahre 1885 brachte Freund in einer sehr ausführlich geschriebenen Dissertation einen trefflichen Litteraturbericht und 5 eigene Fälle, denen im Vorjahr noch 17 von anderen Autoren beschriebene folgten, darunter 8 von Ebermaier, welcher als Erster den wichtigen Nachweis geliefert, dass die Krankheit ihre Entstehung den Typhusbacillen verdanke. Es handelt sich um längere und kürzere Frist währende, leichtere und schwerere Formen von Periostitis und Osteomyelitis in eitriger und nichteitriger Form. Dieselben befallen die verschiedensten Skelettabschnitte, obenan die Diaphysen der großen Röhrenknochen, bisweilen in ganz ähnlicher Weise, wie die genuine multiple und recidivirende Osteomyelitis der protrahirteren und desshalb milderen Form.

Eine kritische Durchsicht der Litteratur ergiebt, dass keineswegs alle beschriebenen Fälle sich auf einen typhösen Ursprung zurückführen lassen, in so fern offenbar der »Knochentyphus«, d. i. die spontane infektiöse Osteomyelitis mehrfach als Darmtyphus imponirt hat, und in anderen Fällen die erstaunlich lange (mehrere Monate bis selbst Jahresfrist währende) Zwischenzeit zwischen Grundkrankheit und der Knochenentzündung keinerlei Gewähr für den behaupteten Kausalnexus gewährt. Jedenfalls ist ein gut Theil abzustreichen. F. selbst hat unter ca. 1600 selbst beobachteten Typhusfällen die Komplikation nur 5mal gesehen und giebt einen Bericht der betreffenden Krankengeschichten. Der bemerkenswertheste der Fälle betrifft seinen eigenen $7^1/_2$jährigen Sohn, bei welchem im Verlaufe von 4 Monaten 7 Attacken 10 Skelettabschnitte betheiligt haben, zugleich ein ganz eigenartiges, genau kontrollirtes und in Kurve vorgeführtes schleichendes Zehrfieber zur Entwicklung gelangte. Trotz hochgradiger, durch Fieber und heftigste lancinirende, zumal Nachts exacerbirende Schmerzen bedingter Kachexie genas der Knabe vollständig und zwar von dem Tage ab, an welchem eine interkurrirende Influenza kritisch endete — die einzige gute That, die F. von der miserablen Grippe gesehen hat. Es blieben keinerlei Spuren der periostalen Auftreibungen und osteomyelitischen Herde zurück.

Die übrigen 4 im Krankenhause Friedrichshain in der Abtheilung des Vortr. behandelten Fälle betreffen je 2 Kinder von 12 Jahren, einen 21jährigen Mann und eine 25jährige Frau; letztere

bot eine pyämische (ebenfalls demonstrirte) Kurve unter Schüttelfrösten dar, trotzdem es nirgends zur Eiterung gekommen. Die Erkrankung der Rippen erweckte den Verdacht eines Leberabscesses. Auch hier Heilung der so gut wie aufgegebenen Kranken in einigen Monaten. Im dritten Falle zeigte sich namentlich der Trochanter und das Darmbein betroffen, wesshalb die Einlieferungsdiagnose auf Coxitis gelautet. Genesung. Im 4. Falle betraf das Leiden den Schädel in ziemlich intensiver, aber flüchtiger Weise. Der 5. Kranke starb, nachdem die Osteomyelitis bereits zurückgegangen, an Hämatopyopneumothorax in Folge Durchbruchs eines nekrotischen Lungenherdes.

Der Vortr. giebt der Bezeichnung Osteoperiostitis den Vorzug, da eine Trennung von Periostitis und Osteomyelitis sich hier keineswegs aussprechen lasse, vielmehr bald die eine, bald die andere auftrete, selbst gleichzeitig beide Formen denselben Knochen befallen. Auch F.'s Fälle sprechen dafür, dass, wie bereits Obermaier beansprucht, die Typhusbacillen aus dem Knochenmark in das Periost einwandern. Unzutreffend sei die Bezeichnung »Periostitis posttyphosa« und Knochenentzündung »in der Rekonvalescenz«, da die Krankheit eben so häufig sich in den Typhus selbst einschöbe, somit als Komplikation figurire, ja selbst als Initialsymptom in die Erscheinung träte.

Rücksichtlich der Symptomatologie hebt der Vortr. die ganz auffallende nächtliche Exacerbation der Schmerzen (welche den Dolores osteocopi bei Syphilis an die Seite zu setzen) und die Häufigkeit der ohne Eiterung einhergehenden Fälle hervor. Ein Theil der suppurativen Formen beruht wahrscheinlich auf Sepsis, skrofulöser Anlage, vorherigem Siechthum, vielleicht auch verkehrter Behandlung. Die Rückbildung der Knochenhautentzündung erfolgt in gleicher Weise wie bei der Syphilis, nur dass hier die Tophi nicht so spurlos wie beim Typhus zu schwinden pflegen.

Rücksichtlich der Diagnose wird speciell der praktisch wichtigen Differenzirung gegen die Knochentuberkulose gedacht.

Die Behandlung anlangend vertritt der Vortr. vor Allem den Standpunkt der exspektativen bezw. konservirenden Therapie (die man mit Unrecht als eine negative anspreche), so lange Eiterung nicht sicher erwiesen sei; erst dann trete die chirurgische Behandlung in ihr unbestrittenes Recht. Letztere sei trotz des Dringens F.'s in seinen Kollegen Hahn, mit dem Messer endlich Abhilfe zu schaffen, von diesem chirurgischen Experten abgelehnt worden, wie der Erfolg gezeigt, mit vollem Recht. Der medikamentösen Behandlung mit Jod, Quecksilber, Chinin, Salicylsäure und Antipyrin vermag der Vortr. trotz der warmen Empfehlung der anderen Autoren das Wort nicht zu reden. Die Mittel nützen, wie er leider gesehen, gar nichts oder nur sehr wenig in palliativer Richtung, können aber durch Schwächung und Verminderung des Appetits verderblich wirken. Wichtig ist die Ruhestellung des er-

krankten Gliedes durch Extension, Polsterschienung, Armschwebe, von hoher, ja unter Umständen höchster Bedeutung die hygienische Behandlung, insbesondere eine sehr kräftige, leicht verdauliche Kost im Verein mit vorsichtigen lauwarmen Vollbädern. — Orig.-Ref.

Diskussion: Mosler (Greifswald). Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, dass ein guter Theil der in späteren Stadien des Ileotyphus eintretenden letalen Ausgänge durch bisher meist übersehene, akute eitrige Processe bedingt ist, welche an den Knochen, besonders im Inneren derselben vorkommen. Sie verlaufen entweder ganz latent, oder als einfaches, zum spontanen Rückgang neigendes Rheumatoid des Knochens unter dem Einfluss einer besonders massigen Ansiedelung oder Entwicklung von Typhusbacillen.

Gelegentlich zerfallen die gewucherten Zellmassen zu eiterähnlichem Brei oder sie bilden sich zu dauernden Periostosen um.

Die Mischinfektion mit Eiterungen führt am Periost und im Knochenmark zu akuter Abscedirung.

Interessant und eingehend sind diese Affektionen abgehandelt von Dr. O. Witzel in Bonn in seiner ausgezeichneten Monographie über Gelenk- und Knochenentzündungen bei akut-infektiösen Erkrankungen.

Indem Mercier hinweist auf die Häufigkeit des Sitzes an der Stelle der Tibia, welche beim Niederlegen wohl leicht mit der Bettkante in Berührung kommt, und meint, dass bei der starken Herabminderung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe zum Ausbruch der Krankheit schon ein Stoß führen könne, der dem Kranken gar nicht durch besonderen Schmerz zum Bewusstsein kommt, stellt Witzel die Frage, ob nicht die Behandlung des Typhus mit Bädern von Einfluss sein könne auf das in den letzten Decennien häufiger beobachtete Vorkommen von typhöser Knochenentzündung in Folge von Stößen am Wannenrande. — Orig.-Ref.

Fürbringer (Berlin). Auch er habe wiederholt als Grundlage vager »rheumatischer« Schmerzen der Typhuskranken den Knochen als Sitz derselben nachweisen können, in so fern Haut und Muskeln auszuschließen waren und die Beschwerde nur beim Kneifen der Skelettabschnitte selbst gesteigert wurde. Witzel's Arbeit, welche zu den beachtenswerthen zählen müsse, habe er als Novität jüngsten Datums noch nicht zu Gesicht bekommen. Für seine eigenen Fälle müsse er Traumen durch Badetherapie als Veranlassungen für unwahrscheinlich erklären bezw. ausschließen, da die Tibien niemals betroffen gewesen und in 2 von den 5 Fällen vor Beginn der Knochenkomplikation überhaupt kein Bad gegeben worden sei. Orig.-Ref.

Unna (Hamburg). Über die insensible Perspiration der Haut.

Über die Folgen der Hautfirnisung und deren Ursachen herrscht bei den Physiologen noch immer keine Einigung. Da in neuerer Zeit eine Reihe von firnisartigen Bedeckungen Eingang in die Der-

matotherapie gefunden hat, so ist es Pflicht der Dermatologen, sich ebenfalls mit den Folgen der Firnisung der Haut eingehend zu beschäftigen.

Deckmittel, deren Resorption nicht ernstlich in Frage kommen kann, haben das Gemeinsame, dass sie den Verkehr der Haut mit der Außenwelt beeinflussen, speciell die Perspiration und Sekretion. U. arbeitete in Gemeinschaft mit Mielck zunächst experimentell über den einfacheren Vorgang, die Perspiration. Als Modell für diese Verdunstungsversuche dienten Glastrichter, welche mit der ganzen, nur von Fett und Federn befreiten Haut von Hühnern bespannt waren und mit graduirten Röhren kommunicirten, an denen man die Mengen des durch die Häute verdunstenden Wasserdampfes leicht ablesen konnte. Wenn mittels desselben auch nicht über die Quantität der Perspiration der lebendigen Haut Aufschlüsse erhalten werden können, so genügt das Modell doch vollkommen, um den Einfluss der in der Dermatotherapie gebräuchlichen Deckmittel, durch Vergleichung verschiedener Trichter zu ermitteln. Dieselben werden den gleichen äußeren Verdunstungsbedingungen ausgesetzt, während einige mit den betreffenden Mitteln bedeckt, andere frei sind.

Die Fette setzten in den U.'schen Versuchen die Wasserverdunstung in regelmäßiger Weise herab und zwar Lanolin in höherem Grade als die Glycerinfette, obwohl Lanolin mit Wasser in hohem Grade mischbar ist. Eben so verhält sich Glycerin, welches ja auch mit Wasser in jedem Verhältnisse mischbar ist und doch dem Wasserdampf ein merkliches Hindernis entgegensetzt. Die Dunstdichtigkeit des Vaselins ist von ähnlicher Stärke wie die des Lanolins. Den reinsten Gegensatz zu den Fetten dagegen bildet die Gelatine; eine dünne Gelatinedecke vermehrt die Wasserverdunstung von der Haut. Diese Thatsache liefert die Erklärung für die längst gemachte klinische Wahrnehmung, dass ein am ganzen Körper Eingeleimter beständig mehr oder minder friert. Ein ähnlicher Gegensatz wie zwischen den Fetten und der Gelatine findet sich zwischen den sonst so ähnlichen firnisartigen Decken von Kautschuk und Guttapertscha einerseits, Kollodium andererseits. Während die ersteren die Verdunstung und zwar Kautschuk viel mehr als Guttapertscha herabsetzen, steigern dünne Kollodiumhäutchen die Verdunstung der von ihnen bedeckten Haut.

Die beiden Stoffe, Gelatine und Kollodium, welche das paradoxe Verhalten zeigen, die Wasserverdunstung zu vermehren, haben das Gemeinsame, dass sie sich beim Eintrocknen spontan kontrahiren. Da sie aber bei der Eintrocknung auf der Haut an dieser Kontraktion gehindert sind, so muss sich dabei ihre normale Struktur ändern, sie müssen porösere Körper werden. U. ist nun geneigt, die positive Steigerung der Perspiration durch Bedeckung mit Gelatine, resp. Kollodium auf die Veränderung zurückzuführen, welche die natürliche Dunsthülle der Haut durch Auftragung poröser Körper erfährt.

Die starke Hemmung, welche die Verdunstung durch das Vor-

handensein von Fetten erleidet, erklärt auch zu einem Theil die enormen Schwankungen der Zahlen, welche die Physiologen bisher für die natürliche Wasserverdunstung der lebendigen Haut gefunden haben.

Auf die wechselnde Einfettung der Hornschicht ist dabei bisher kein Gewicht gelegt worden, wie der Vortr. des Näheren an der grundlegenden Arbeit von Erismann nachweist. Desshalb sind aber auch die Thesen des Letzteren, obwohl sie in die neueren Lehrbücher übergegangen sind, nicht haltbar, nach denen die Verdunstung von der lebenden Haut nicht sowohl ein physikalischer Process als das Resultat der Lebensthätigkeit der Knäueldrüsen sei. Man muss dem gegenüber viel mehr auf die alte Anschauung von Krause zurückgehen, welcher den rein physikalischen Process der insensibeln Verdunstung trennte von dem physiologischen Process der sensibeln Schweißbildung. Die letztere beginnt erst auf der Höhe einer gesteigerten Perspiratio insensibilis und nach Überwindung eines gewissen Widerstandes; sie tritt nicht ein bei manchen Thieren und Menschen, wo der letztere nicht überwunden wird. Es besteht also keinenfalls ein unmerklicher Übergang der Perspiratio insensibilis in Schweiß. Die erstere findet an der normalen Haut niemals ein absolutes Hindernis.

Zum Schlusse weist U. auf die praktischen Folgerungen hin, welche die innere Medicin aus diesen physiologischen Versuchen ziehen kann. Die Fetteinreibung erhält dem Körper Wärme und treibt große Wassermengen der Niere zu. Umgekehrt entzieht die künstliche Entfettung der Haut dem Körper durch vermehrte Verdunstung Wärme und entlastet die Niere. Eben so, nur auf längere Zeit hinaus, wirkt die Einleimung des Körpers. U. empfiehlt daher die Entfettung der Haut mit nachfolgender Einleimung zu versuchen, erstens zur Herabsetzung des Fiebers, und zweitens zur Entlastung der Niere bei Entzündungen dieses Organs. —

Orig.-Ref.

Diskussion: Senator (Berlin) weist darauf hin, dass er die von Unna hervorgehobene praktische Anwendung der Einleimung zum Theil schon vor mehreren Jahren gemacht hat. Versuche, bei fieberhaften Kranken mittels Einleimung die Temperatur herabzusetzen, die S., von ganz anderen Betrachtungen ausgehend, angestellt hat, ergaben in der That eine ziemliche Herabsetzung der Temperatur. Die Versuche wurden aus Mangel an geeigneten Präparaten nicht weiter fortgesetzt, könnten aber heute bei den vervollkommneten Mitteln, die Herr Unna eingeführt hat, zu weiterer therapeutischer Anwendung führen. Dass das Firnissen und Einleimen der Haut ganz unschädlich ist, hat S. schon längst bewiesen. —

Mosler (Greifswald). Über Pemphigus.

Das Wesen des mit dem Namen Pemphigus bezeichneten Ausschlages ist zur Zeit noch wenig aufgeklärt. Eine Tagesfrage ist es, ob derselbe, wie von manchen Seiten angenommen wird, zu den Infektionskrankheiten zu rechnen ist, also eine bacilläre Krankheit darstellt, oder nicht. In der zur Demonstration gelangenden photographischen Abbildung eines Falles von Pemphigus hat sich die Krankheit bei einem 42jährigen, bisher völlig gesunden Manne, und zwar zuerst an den unteren Extremitäten entwickelt. Nach spontaner Abheilung recidivirte das Leiden und breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus. Der Pemphigus vulgaris benignus ging in den Pemphigus pruriginosus über, indem sich eine Reihe subjektiver Beschwerden, besonders empfindliche Schmerzen an den exkoriirten Stellen, Schlaflosigkeit, schließlich Ernährungsstörungen hinzugesellten. Die Blasenbildung trat symmetrisch, theilweise ähnlich wie beim Herpes zoster längs des Verlaufes gewisser Nerven auf.

Unter Beobachtung aller erforderlichen Kautelen wurden mit dem Blaseninhalte durch Löffler zu wiederholten Malen Kulturversuche angestellt. Ein specifischer Mikroorganismus ließ sich nicht auffinden. Bei einem jungen Mediciner, welcher sich freiwillig dazu erboten hatte, wurden Impfungen des Blaseninhaltes an beiden Oberarmen vorgenommen. Sie verliefen ebenfalls resultatlos.

Mit Rücksicht auf den intermittirenden Verlauf des Pemphigus wurde, nachdem große Gaben von Atropin ohne Erfolg verabreicht worden waren, Chininum muriaticum und zwar innerhalb 5 Wochen 40 g gegeben. Der Kranke schien danach völlig geheilt. Jedoch sind noch mehrere Male Recidive in leichtester Form aufgetreten.

Bei einer anderen Pat., die ebenfalls an Pemphigus litt, traten schon 24 Stunden vor Ausbruch der Blasen, brennende Schmerzen längs des Verlaufes der Nerven an der betreffenden Stelle, dazu Kopfschmerz, allgemeines Unbehagen auf. Den Bahnen der Nervi cutanei externi und medii folgten sie am Oberschenkel, an der Brust, den Intercostalräumen, am Arm den betreffenden Hautästen. In Zwischenräumen von 11—14 Tagen recidivirte die Blasenbildung ganz regelmäßig. Im vorstehenden Falle schien es nach den begleitenden Umständen ganz sicher zu sein, dass es sich hier um eine Neurose handele.

In der Litteratur sind mehrfach Fälle bekannt, in denen sich zu bestehenden Neurosen der Pemphigus als Komplikation hinzugesellte. Auch hat der Schwere des Nervenleidens mitunter die Ausbreitung des Exanthems entsprochen.

Ohne generalisiren zu wollen, haben die vom Vortr. beobachteten Fälle von Pemphigus ihn zur Ansicht gedrängt, dass gewisse Formen, darunter auch scheinbar genuiner Pemphigus, nicht als selbständige Erkrankung, sondern als Symptom einer vaso-

motorischen Neurose aufzufassen sind. Auch bezüglich eines jüngst beobachteten und in der deutschen medicinischen Wochenschrift besprochenen Falles von Pemphigus chronicus malignus ist der Vortr. zu derselben Ansicht gelangt. Auch in diesem Falle blieb die bakteriologische Untersuchung resultatlos, eben so die Injektion von Blaseninhalt bei einem gesunden Affen. Alle Bemühungen nach dieser Richtung hin sind ohne Erfolg gewesen. Orig.-Ref.

Diskussion: Schwimmer (Budapest) billigt vorerst, dass Vorredner die Pemphigusfrage auf dem internen med. Kongresse zur Diskussion brachte. Denn wenn auch dies Leiden zumeist und ausschließlich als eine Hauterkrankung betrachtet wird, so ist das Wesen und die Ursache des Übels viel tiefer zu suchen. Redner erinnert, bevor er auf das eigentliche Thema übergeht, an die zahlreichen Befunde und Beobachtungen, welche sich auf die Wechselbeziehungen zwischen allgemeiner Decke und Nervensystem zurückführen lassen und welche längst Gemeingut der Wissenschaft sind. Eine große Reihe von angioneurotischen Processen findet ihre Erklärung in diesem Verhalten und wenn auch die Wiener Schule sich anfänglich skeptisch zu diesen Anschauungen verhalten habe, so habe sie schließlich doch der neuropathischen Richtung in der Dermatologie theilweise zustimmen müssen. — Auch betreffs des Pemphigus verhält sich die Sache so, dass man lieber ungewissen und dunkeln ätiologischen Annahmen seine Zustimmung schenkte, als solchen, welche, wenn auch nicht vollends erwiesen, doch die größte Wahrscheinlichkeit in sich bergen, wie es eben die neuropathischen Krankheitsursachen sind. Vortr. hat schon vor einigen Jahren in seiner Monographie über die »neuropathischen Dermatonosen« Sektionsbefunde nach Pemphiguserkrankungen mitgetheilt, welche eine Betheiligung einzelner Abschnitte der Medulla oblongata zweifellos erkennen ließen; und ist heute in der Lage diese Ansicht neuerdings zu bekräftigen. Im Laufe der letzten 4 Jahre hatte er selber 12 Fälle von Pemphigus unter Beobachtung, von denen 5 mit Tode abgingen, unter welchen wieder 4 Fälle eingehend durchforscht und vorzüglich das Verhalten der Medulla oblongata geprüft werden konnte. Hierbei zeigte sich 1mal Sklerose der Goll'schen Stränge, 3mal Zellwucherung um die Gefäße der Hinterhörner und der hinteren Wurzeln; in einzelnen peripheren Nerven Schwund des Achsencylinders.

Vortr. resumirt seine Ansichten über den Pemphigus in folgenden Punkten:

1) Der Blasenausschlag ist eine Tropho- und keine Angioneurose; die Blasen selbst bilden nur eine Theilerscheinung der Gesammterkrankung und haben dieselbe Dignität wie die im Verlaufe derselben auftretenden ekzematösen und papulösen Efflorescenzen.

2) Der Pemph. pruriginosus ist eine der schwersten Abarten dieses an und für sich schon schweren und gefährlichen Leidens.

3) Unter den ätiologischen Momenten dürften auch psychische

Einflüsse nicht außer Acht gelassen werden, die namentlich bei bestehender Neurasthenie von Wesenheit sind.

4) Die Therapie ist ziemlich ohnmächtig gegen die Ausbreitung und Zunahme des schon zum Ausbruch gelangten Übels. Eine korrekt durchgeführte Atropinkur mit $^1/_2$ mg begonnen bis zu 4 bis 5 mg pro die schien sich Vortr. günstig bewährt zu haben, bei gleichzeitigem Gebrauch der bekannten beschwichtigenden Deckmittel und prolongirter Bäder. — Orig.-Ref.

Kaposi (Wien). Von den vielen wichtigen, den Pemphigus betreffenden Momenten, welche alle werth wären hier erörtert zu werden, kann ich bei der so kurz bemessenen Zeit doch nur wenige streifen.

Zunächst die Ätiologie anlangend. Ich habe keinen Anlass, mich ablehnend zu verhalten gegen diese oder jene Anschauung, welche auf Grund der eben gemachten Beobachtungen von den verschiedenen Autoren kund gegeben wird. Wohl aber meine ich, dass manche Ansicht geändert oder aufgegeben werden dürfte mit der Steigerung der Zahl von Beobachtungen. Anlässlich des Vortrages von Prof. Mosler habe ich gestern unsere klinischen Jahresberichte durchgesehen und dabei zu meiner eigenen großen Überraschung gefunden, dass ich seit 24 Jahren 210 klinische Fälle von Pemphigus, und die Fälle meiner Privatpraxis und des klinischen Ambulatoriums auch nur auf halb so viel rechnend, zusammen weit über 300 Pemphigusfälle gesehen habe.

Aus einem so großen Beobachtungsmateriale nun gewinnt man allerdings etwas eigene Anschauungen über den Werth von »Ursachen« der Krankheit und über ihre Pathologie.

Zunächst ist nichts dagegen einzuwenden, wenn Jemand sagt, der Pemphigus ist eine Nervenkrankheit. Man hat ja in einzelnen Fällen in der grauen Substanz des Rückenmarkes Veränderungen gefunden, auch im Sympathicus, und auch in den peripheren Nerven, dann die vielen »nervösen« Erscheinungen, das heftige Jucken, die Schlaflosigkeit etc.

Wenn man aber seine 300 Fälle von Pemphigus Revue passiren lässt, so findet sich, dass zwar die erwähnten anatomischen Funde vorliegen, aber nur für einzelne Fälle, und dass sie auch da sehr vieldeutig sind, dass aber in der größten Zahl der von uns und Anderen zur Obduktion gebrachten und untersuchten Fälle nichts dergleichen vorgekommen ist.

Vom klinischen Standpunkte lässt sich für manche Formen und Fälle des Pemphigus der neurotische Ursprung doch nicht zurückweisen, so für den auf neuro-reflektorischem Wege, wie Urticaria chronica oder Pruritus cutaneus zuweilen, von dem weiblichen Sexualsystem erregten sogenannten Pemphigus hystericus und Pemphigus gestationis.

Aber für die überwiegende Mehrzahl der Fälle ist für die Annahme einer neurotischen Grundlage und Ursache auch nicht der

geringste Anhaltspunkt gegeben. Denken Sie: Ein 16—20-, 40jähriges, bis dahin vollständig gesundes männliches oder weibliches Individuum, das bis zu dem Tage auch nicht die geringste Störung in seinem moralischen oder materiellen Dasein erfahren, sorglos, in aller Behaglichkeit und Zufriedenheit seine Tage verlebt und seinem ihm eben entsprechenden Berufe obgelegen, wird urplötzlich von dieser schrecklichen Krankheit befallen, erwacht mit multiplen Erythemen, Erythem. polymorphe, papulatum, urticatum, annulare, gyratum, darauf da und dort eine pralle Blase und damit ist der Process da, über dessen Verlauf und Dauer viel weniger vorausgesagt werden kann, als über sein Ende — welches fast regelmäßig ein letales ist. Und so ist's bei der überwiegenden Mehrzahl. Ich kann also die nervöse Ursache und Natur des Pemphigus nur für einzelne individuelle Fälle zugeben, für die Mehrheit muss ich sie entschieden ablehnen.

Was die Symptome nervöser Erregung anlangt, wie Pruritus und Schlaflosigkeit, so gehören sie eben dem Processe an, da wo sie sich vorfinden — nicht der Ursache.

Aber auch aus den klinischen Erscheinungen ist nicht viel rücksichtlich der Ätiologie zu schöpfen, wohl aber in Bezug auf eine einheitliche Auffassung dieser so vielgestaltigen und in ihren einzelnen Typen scheinbar gar nicht zusammengehörigen Krankheitsformen, welche als Pemphigus sich ergeben.

Zunächst ist ihnen eigen der fast durchwegs letale Verlauf. Auf 182 Fälle meiner Klinik aus 21 Jahren kommen 35 Todesfälle, d. i. 17% Mortalität. Das wäre nicht gerade etwas Erschreckendes. Allein diese 17% Mortalität bei Pemphigus bedeuten etwas ganz Anderes als 17% Sterblichkeit bei einer anderen Krankheit, z. B. bei Variola. Bei letzterer heißt dies so viel, als von 100 Blatternkranken sind 17 gestorben, 83 genesen. Bezüglich des Pemphigus aber heißt dies: von 100 Pemphiguskranken sind 17 unter unseren Augen gestorben, die anderen 83 aber wahrscheinlich allesammt, oder größtentheils anderswo, nachdem sie von unserer Klinik »gebessert« oder »geheilt« entlassen worden sind. Selbstverständlich kenne ich auch dauernd gebesserte, einen und den anderen, wie es scheint, auch geheilten Fall — aber ich glaube nicht, dass 20%, vielleicht nicht 10% dem endlichen Lose des Todes in Folge ihres Pemphigus entgehen.

Ob nun Letzteres erfolge, oder ob im Gegentheil das letale Ende und wie spät hinausgerückt es eintrete, das hängt wohl wesentlich von der Form, Intensität, Dauer und Aufeinanderfolge ab, in welchen die Eruptionen an der allgemeinen Decke und Schleimhaut erscheinen.

Am häufigsten erscheint der erste Ausbruch der Krankheit als der typische Pemphigus vulgaris: pralle, schön gefüllte Blasen, die als solche verheilen, untermischt mit zahlreichen Erythem- und Urticariaformen. Bei Anderen beginnt aber die Krankheit sofort als

Pemphigus pruriginosus, bei Einem als Pemphigus cachecticus und foliaceus; oder als Pemphigus crouposus und diphtheriticus, wie der seiner Zeit von mir als solcher diagnosticirte und von Borysikiewicz veröffentlichte Fall, bei dem es in Folge von Pemphigus crouposus Conjunctivae zu vollständiger Erblindung durch Blepharankylose gekommen ist. Bei noch Anderen ist der erste Beginn schon als Pemphigus vegetans charakterisirt.

Vom Pemphigus foliaceus crouposus und vegetans abgesehen, die als solche in relativ kurzer Zeit direkt zum Tode führen — die Therapie vermag nur beim Foliaceus den Verlauf zu protrahiren, vielleicht einen und den anderen aus der bösen Form herauszubringen — kann nun 15—20 Jahre hindurch dieselbe Form konstant bleiben, indem nach wochen- und monatelangen Intervallen wieder Eruptionsperioden mit gleicher Form erscheinen. Der Schluss ist freilich immer Pemphigus foliaceus, wenn nicht frühzeitiger Schleimhautpemphigus den unglücklichen Verlauf beschleunigt.

Bei Vielen jedoch erscheinen in der Reihe der Eruptions-Perioden und Jahre alle bekannten Formen an einem und demselben Individuum, die schweren freilich zumeist in der Reihe zuletzt, aber doch auch im Ganzen intensivere und leichtere abwechselnd; Pemphigus vulg. mit großen Blasen, dann gegen Ende einer Eruptionsperiode kleinste Blasen, in einer nächsten viel Urticaria papulosa, wenig Blasen, heftigstes Jucken, dann wieder einmal Pemphigus circinnatus und serpiginosus, mit der längeren Dauer und im Fortschreiten schlappe Blasenringe, Beginn des Pemphigus foliaceus, dann Aufhören der Eruption, Kräftigung des Organismus und nun wieder stramme Blasen. Pemphigus vulgaris und so fort, bis zuletzt ein Pemphigus vulgaris malignus oder ein Pemphigus foliaceus und crouposus das Drama schließt.

Von allen diesen Formen ist es der einzige Pemphigus vegetans, der Einem die Idee einer besonderen Ätiologie erweckt. Man kann sich des Gedankens nicht erwehren, dass es sich da um eine böse Infektion von einer Hautstelle handelt. An einem bis dahin gesunden kräftigen Individuum — ich kenne Fälle von 16- und 20jährigen Mädchen, von 30—40jährigen bis dahin gesunden Frauen und Männern — erscheint eines Tages am Nasenflügel, an der häutigen Nasenscheidewand, der Oberlippe, oder zugleich, oder primär, am weichen Gaumen, ca. anum eine Gruppe von kleinen Bläschen und binnen wenigen Tagen Wucherung des Papillarkörpers und des Rete — die Kranken und ihre Ärzte glauben einen Herpes labialis vor sich zu haben, der Erfahrene dagegen sieht die Vorboten des nahen Todes vor sich. Das ist doch erschreckend. Ich habe schon binnen 4—6 Monaten, sonst binnen Jahresfrist den Tod eintreten sehen, nur in 1 Falle Genesung und 8 Jahre später unter der gleichen Form den letalen Verlauf, einmal einen Verlauf durch 2—3 Jahre.

Das imponirt wie der Effekt einer Infektion. Aber welcher Art? Die bisherigen Funde von Bacillen in einzelnen Fällen von

Pemphigus lassen doch keine ätiologische Verwerthung zu, weder für diese Fälle, noch weniger für alle. Andererseits sieht man zuweilen den Pemphigus vegetans aus anderen Formen hervorgehen.

Sohin kann ich aus meinem immerhin etwas größeren Beobachtungsmateriale nur die Deduktion machen, dass erstens, wir, oder richtiger ich über die Ursache des Pemphigus nichts weiß, und zweitens, dass wir an der Existenz eines einheitlichen, wenn auch vielgestaltigen klinischen Processes, Pemphigus, festhalten müssen. —

Orig.-Ref.

Ehrmann (Wien) giebt zunächst darüber seiner Befriedigung Ausdruck, dass heute für manche Fälle von Pemphigus der Zusammenhang mit Erkrankungen des Nervensystems zugegeben wird, was noch im Jahre 1885, als er über Veränderungen im Rückenmarke bei einer Pemphiguskranken berichtete, nicht der Fall war. Damals hätte man sie bald für Leichenerscheinung, bald für Artefacte angesehen. Auch der Redner ist der Anschauung, dass die Bezeichnung »Pemphigus« ein Sammelnamen für eine Reihe von Dermatosen ist, welche theils neuropathischen Ursprunges sind, theils peripher, vielleicht durch Infektion erzeugt werden. Einer einzelnen Blase könne man es aber nicht ansehen, ob dieselbe central oder peripher angeregt ist. Thatsache ist, dass in einzelnen Fällen die Blasen der Nervenvertheilung folgen; so sah der Redner einen Fall, wo dies in den Endausbreitungen des N. ischiadicus stattfand und in dem von Prof. Schwimmer zuletzt erwähnten Falle, der eine 50—60 Jahre alte Frau betraf und den E. ebenfalls gesehen hatte, waren deutliche Nervendruckpunkte nachweisbar, und es trat nach jedem heftigen Gemüthsaffekte eine Blaseneruption auf. —

Orig.-Ref.

Neumann (Wien). Meine Herren! Die Frage des Pemphigus ist von den Herren Vorrednern in so mannigfacher Weise erörtert worden, dass ich mich in kurzen Zügen darauf beschränken kann, die noch räthselhafte Krankheit von einem anderen Gesichtspunkte zu beleuchten. Es ist dies die Existenz des Pemphigus acutus und die vor $1^1/_2$ Decennien noch nicht gekannte Form des Pemphigus vegetans. Zunächst hat Mosler nicht heute zum ersten Male die Frage des Pemphigus zum Gegenstande besonderer Betrachtung gemacht, indem er schon vor Jahren die Existenz des akuten Pemphigus adoptirte. Es war damals keine geringe Aufgabe gegen eine Autorität von der Bedeutung eines Hebra die akute Form dieser Krankheit aufrecht zu erhalten, und ich stimmte mit Mosler und den zahlreichen Pädiatern überein, dass bei Kindern der Pemphigus acutus existire. Nur für Erwachsene war noch der Beweis zu liefern. Dies war aber schwer, da der Unterschied zwischen Pemphigus und Herpes Iris nicht immer leicht möglich ist.

Der Beweis für die Existenz des Pemphigus acutus bei Erwachsenen wurde erst durch den von mir beschriebenen Pemphigus vegetans geliefert, indem diese Affektion kaum entstanden, in der Regel

schon nach wenigen Monaten ein letales Ende herbeiführt. Diese Form beginnt gewöhnlich an der Schleimhaut in Form von Plaques, die bisweilen nicht leicht von Syphilis zu unterscheiden sind, dann bilden sich erst Efflorescenzen am Genitale, an den Schenkelflächen und an der übrigen Hautdecke.

Ich war desshalb nicht wenig erstaunt zu lesen[1]:

»In der mir bekannten Kasuistik finde ich keine einzige Beobachtung verzeichnet, in der das Leiden als Pemphigus der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des Gaumenbogens viele Jahre hindurch bestanden hat, ohne dass gleichzeitig auf der äußeren Haut derselbe Process zum Vorschein gekommen ist.«

Was die angedeuteten ätiologischen Momente betrifft, wie selbe von dem geehrten Vorredner erwähnt worden sind, so sind dieselben wohl nur für einzelne Fälle zutreffend, da die chemischen und neuropathischen Befunde ganz inkonstant sind. Doch kann ich nicht umhin, einzelne Beobachtungen hier zu erwähnen, in denen der Pemphigus vegetans einzelne nervöse Symptome dargeboten hatte.

Bei einem Kranken waren schmerzhafte Kontrakturen des rechten Knie- und des linken Ellbogengelenkes gleichwie Steigerung des Patellar- und Triceps-Sehnenreflexes zu konstatiren; bei einem zweiten gesteigerte Sehnen- und Hautreflexe an den unteren Extremitäten, und bei einem dritten zeigten sich andauernde Kontrakturen in der Adduktorengruppe des rechten Oberschenkels, und bei der leisesten Beklopfung Muskelzuckungen. Der Kranke hatte rechterseits Ptosis, ohne dass der Bulbus in seinen Bewegungen behindert gewesen wäre. Steigerung der Reflexe bei Intaktheit der Sensibilität und Motilität waren somit vorwiegend die begleitenden Symptome des Pemphigus. In wie weit dieselben jedoch dem Pemphigus als solchem oder den durch denselben hervorgerufenen tiefen Ernährungsstörungen angehören, ist nicht definitiv zu entscheiden; wahrscheinlich dürften jedoch die nervösen Störungen durch letzteren sekundär veranlasst werden. Die Lösung der Ätiologie des Pemphigus ist daher noch nicht gelungen. — Orig.-Ref.

Weber (Halle) hat in einem Fall von chronischem Pemphigus, der schon $1^1/_2$ Jahre dauerte, den Pat. enorm herunterbrachte und bei dem bereits eine letale Prognose gestellt wurde, nach vergeblicher Anwendung der verschiedensten Mittel rasche Besserung und schließlich definitive Heilung mittels Bäder mit hypermangansaurem Kali erzielt. Übertragungsversuche, die er nicht nur an Anderen, sondern auch an dem Kranken selbst unternommen hat, haben ein negatives Resultat ergeben. —

Purjesz (Klausenburg) betont, dass die Frage, ob der Pemphigus auf Infektion beruhe, leichter zu entscheiden wäre, wenn wir erst wüssten, ob es einen akuten Pemphigus gäbe, und wenn ferner das

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1890, No. 1: Fr. Mosler. Über Pemphigus malignus chronicus.

Verhältnis des akuten zu dem chronischen Pemphigus klar gelegt sein wird. P. sah und beschrieb vor einigen Jahren einen Pemphigus von akutestem Verlaufe. Der Fall verlief in kaum 2 Wochen, unter heftigen Fiebererscheinungen und massenhaftem Auftreten von Blasen, die selbst die Schleimhaut der Bronchien, der Blase nicht verschonten, letal. Der Verlauf, wie auch die übrigen Symptome machten ganz den Eindruck einer akuten Infektionskrankheit. Er wirft ferner die Frage auf, ob zwischen dem akuten und chronischen Pemphigus nicht ein ähnliches Verhältnis obwalte, wie zwischen akuter und chronischer Tuberkulose. — Orig.-Ref.

Mosler (Greifswald). Herrn Kollegen Kaposi gegenüber erlaube ich mir nochmals auf die Worte meines Vortrages hinzuweisen, mit denen ich ausdrücklich hervorgehoben, dass unter dem Namen »Pemphigus« meiner Meinung nach zur Zeit noch mehrere Krankheiten zusammengefasst werden, wesshalb ein einseitiger Standpunkt in dieser Frage mir fern liegt. Ich habe weiterhin betont, dass ohne generalisiren zu wollen, die von mir beobachteten Fälle von Pemphigus zur Ansicht mich gedrängt haben, dass gewisse Formen, darunter auch scheinbar genuiner Pemphigus nicht als selbständige Erkrankung, sondern als Symptom einer vasomotorischen Neurose aufzufassen sind. Über die Natur desselben wird Herr Kollege Kaposi mit mir derselben Ansicht sein, eben so wie ich nach obigen Worten seine Meinung theile, dass es noch andere Formen giebt, darunter auch solche, über deren Entstehung wir noch nichts wissen.

Um Herrn Kollegen Neumann's Angabe zu widerlegen, erübrigt nur aus meiner Publikation über Pemphigus chronicus malignus (Deutsche medicinische Wochenschrift 1890, No. 1) meine eigenen Worte zu verlesen, wonach ich nicht, wie Herr Kollege Neumann behauptet, in der Litteratur überhaupt keine Störungen der Mundhöhle bei Pemphigus, sondern keine so hartnäckige Form des Pemphigus erwähnt gefunden habe:

»In den mir bekannten Handbüchern der Krankheiten der Mundhöhle und der Zunge finde ich diese hartnäckige Form des Pemphigus nicht erwähnt, zumal dieselbe so lange ohne Mitbetheiligung der Haut existirt hat. In differentiell diagnostischer Hinsicht hat diese Beobachtung besonderen Werth.«

Dem Herrn Purjesz gegenüber muss ich wiederholen, dass ich den akuten Pemphigus gar nicht in den Kreis meiner Betrachtung gezogen, darum auch nicht behauptet habe, dass er keine infektiöse Krankheit sei. Da auf diese Frage die Aufmerksamkeit einmal gelenkt ist, sei mir zum Schluss zu erwähnen gestattet, dass meiner Meinung nach auf Grund bakteriologischer Untersuchungen die infektiöse Natur des Pemphigus acutus zweifellos noch nicht erwiesen ist. Ich bin autorisirt, folgende briefliche Mittheilung des Herrn Sanitätsrath M. Schulz in Berlin, der seine Untersuchungen im Berliner hygienischen Institute vornimmt, hierfür zu erwähnen:

»Im August vorigen Jahres habe ich Gelegenheit gehabt, aus

dem Blaseninhalt des Pemphigus acutus neonatorum einen Mikrococcus fast in Reinkultur zu isoliren. Nachher ward derselbe durch mehrere Generationen hindurch gezüchtet und später an mir selbst verimpft. Es stellte sich aber keine eigentliche Blasenbildung ein, sondern es entstand ein entzündlicher Process mit nachfolgender geringer Eiterung und Heilung unter einem kleinen Schorf. Nachdem ich mich hierdurch überzeugt hatte, dass der Mikrococcus bei Anderen kein Unheil anrichten werde, ward derselbe von mir auf 3 andere Personen übertragen, ohne dass bei denselben sich andere Folgezustände als die oben beschriebene entzündliche Reaktion entwickelt hätten; namentlich zeigte sich keine Blasenbildung.« Orig.-Ref.

Wernicke (Breslau). Aphasie und Geisteskrankheit.

Bei einem 48jährigen Geisteskranken blieb nach Heilung der Psychose folgender Zustand zurück: vollständige Stummheit, Unfähigkeit willkürlich zu exspiriren und zur Saugbewegung, Unbeweglichkeit der Zunge für den Willen bei ungestörter Kau- und Schlingthätigkeit. Lesen und Schreiben war erhalten, bis auf gewisse Störungen, die zum Theil an Paraphasie erinnerten, aber die Verständigung nicht beeinträchtigten. In seinem Vortrage bespricht W. die Stellung, welche nach der herrschenden Aphasielehre dem Krankheitsfalle anzuweisen ist und hebt dessen äußerliche Ähnlichkeit mit dem klinischen Bilde der subcorticalen motorischen Aphasie hervor. Verschiedene Einwendungen, die sich dagegen machen lassen, drängen aber zur Annahme einer besonderen Form transcorticaler motorischer Aphasie. Vor allen Dingen die Entstehungsweise aus einer Geisteskrankheit. Die Geisteskrankheiten überhaupt definirt W. als das Gebiet der transcorticalen Erkrankungen und sucht an einem Schema zu erläutern, wie aus einer Geisteskrankheit verschiedene Formen transcorticaler Aphasie hervorgehen können. Eine dieser Formen sei im vorliegenden Falle anzunehmen. Die anderen Bewegungsstörungen seien in ähnlicher Weise als transcorticale Lähmungen aufzufassen. Der Stummheit vorangegangen waren länger dauernde Perioden von Mutacismus und Verbigeration, welche in der Zeichenlehre der Geisteskrankheiten wohlbekannte Störungen dadurch in einem besonderen Lichte erscheinen. Orig.-Ref.

---

v. Ziemssen (München). Über die gestielten und Kugelthromben des Herzens. (Mit Demonstrationen.)

Unter den autochthonen Herzthromben älteren Datums nehmen die sog. Kugelthromben und gestielten Thromben ein besonderes Interesse in Anspruch, theils wegen der Eigenthümlichkeiten ihrer Bildung und schließlichen Form, theils wegen der Möglichkeit ihrer Einwirkung auf den Stromlauf im Herzen. Das Vorkommen der Kugelthromben scheint ein außerordentlich seltenes zu sein, wenigstens spricht dafür die geringe Zahl der in der Litte-

ratur vorliegenden Beobachtungen. Die ersten Angaben finden wir bei v. Recklinghausen; es ist aber nur eine kurze Notiz über 2 Fälle von Kugelthrombus, eine Notiz, welche sich in seinem Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufes und der Ernährung (p. 131) findet. Dann folgt ein Fall des englischen Arztes Macleod und endlich 2 Fälle, von Hertz beschrieben (D. Archiv f. klin. Med. Bd. 37), von denen der eine aus dem Hamburger Krankenhause, der andere aus der Provinzialirrenanstalt zu Schleswig stammt.

Diesen Beobachtungen kann ich nun einen neuen Fall hinzufügen, von dem ich Ihnen hier das Präparat und eine sehr gelungene Abbildung, welche ich der Güte des Herrn Prof. Bollinger verdanke, vorlege, macht also im Ganzen 6 Fälle. Von diesen ist der Fall von Macleod, wie schon v. Recklinghausen ausgeführt hat, als nicht ganz hierher gehörig, da der Thrombus im rechten Vorhof gelegen und klein war und ohne Stenose der Tricuspidalis bestand, vorweg zu beanstanden. Bleiben also nur 5 Fälle. Diese 5 Fälle zeigen nun, was Bildung, Form und klinischen Verlauf anlangt, eine merkwürdige Übereinstimmung unter einander. In allen 5 Fällen handelt es sich um Stenose des Mitralostiums und Thrombose des linken Vorhofs in Form eines nahezu drehrunden, derben Thrombus von Kleinwalnussgröße. Es fehlen jegliche Rauhigkeiten oder sonstige Fixationspunkte am Vorhofsendocard, so dass man sicher sagen kann, dass der Kugelthrombus schon sehr lange im Vorhof frei beweglich gewesen ist. Die Pathogenese ist wohl so aufzufassen: Ein Thrombuskern, der wahrscheinlich aus dem Herzohr stammt, hat sich abgelöst und ist im Vorhof durch Auflagerung neuer Fibrinschichten gewachsen, indem er gleichzeitig durch das Rollen rund gestaltet wurde. In unserem Falle ist der feste, alte Thrombuskern, so wie die feine lamellöse Auflagerung der jüngeren Schichten auf Durchschnitten deutlich erkennbar. Auf der Oberfläche finden sich in allen Fällen zahlreiche kleine, schüsselförmige Exkavationen, deren Entstehung noch kontrovers ist. In unserem Falle geht von dem Kern zu jedem Schüsselchen ein derberer feiner Strang, welcher wahrscheinlich älter ist als die äußeren Lamellen und vielleicht durch nachträgliche Organisation und Verkürzung die schüsselförmigen Einziehungen an den Deckschichten bewirkt hat.

Das klinische Bild ist übrigens fast vollständig übereinstimmend mit den Fällen von großen, gestielten Polypen des linken Vorhofs, den sog. wahren Herzpolypen, welche bisher auch sehr selten beobachtet worden sind. Im Ganzen existiren 10 Fälle, außer den beiden, welche ich in meiner Klinik beobachtete. Den Kugelthromben wie den großen gestielten Thromben des linken Vorhofs zukommend sind die Erscheinungen eines schwersten Strömungshindernisses im kleinen Kreislauf mit Embolien und Thrombosen größerer arterieller Gebiete, also mutatis mutandis derselbe Symptomenkomplex, wie ihn für die Thrombose des rechten Vorhofs Gerhardt schon vor langen Jahren aufgestellt hat.

Auf Grund meiner drei im Leben genau beobachteten Fälle von Kugelthrombus und gestieltem Thrombus im linken Vorhof, deren genaue Analyse mit den Hertz'schen Fällen übereinstimmt, ist eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf autochthone Thrombose des linken Vorhofs unter folgenden Voraussetzungen möglich: 1) Der physikalische Nachweis einer Mitralstenose muss geliefert sein. Das ist freilich nur dann möglich, wenn eine Untersuchung in der vorthrombotischen Zeit stattgefunden hat, da das charakteristische diastolisch-präsystolische Geräusch zur Zeit der Thrombose nicht mehr vorhanden ist. Der anatomische Befund einer Mitralstenose ist in allen den Fällen von v. Recklinghausen, Hertz und mir geliefert. 2) Erforderlich sind ferner die Erscheinungen eines außergewöhnlich schweren Strömungshindernisses im linken Herzen (Orthopnoe, Cyanose, Kälte der Extremitäten etc.), und zwar alle Erscheinungen in einem Grade entwickelt, wie man sie bei einfacher Stenose der Mitralis wohl nur höchst selten beobachtet. Die Arterienfüllung ist bis auf ein extremes Minimum gesunken, und die Herzkontraktionen senden nur zum Theil Blutwellen bis an die Peripherie. Endlich möchte ich dann auf ein drittes Symptom aufmerksam machen, welches in meinen 3 Fällen und im Falle Hertz' vorhanden war — von den übrigen Fällen von Kugelthromben existirt überhaupt keine Krankengeschichte —, das ist nämlich circumscripte Gangrän an den Füßen neben Ödem und leichenhafter Kälte derselben. Dieser Erscheinung, welche in meinen 3 Fällen vorhanden war, geht ein allmähliches Erlöschen des Arterienpulses an den Unterextremitäten voraus. Die Gangrän resp. der Gefäßverschluss beruht höchst wahrscheinlich nicht immer auf Embolie, sondern auch auf arterieller Thrombose, welche Folge der enormen Beschränkung der Blutzufuhr zur Peripherie ist. Man findet in den größeren Arterien vielfach wandständige Thromben, welche wohl als in loco durch Thrombose entstanden aufzufassen sind.

Die Annahme, dass ein rotirender Kugelthrombus momentan das stenosirte venöse Ostium nach Art eines Kugelventils verschließen könne, wie das Hertz annimmt, indem er so den plötzlichen Tod im Fall Hansen und Macleod erklärt, ist nicht stichhaltig und schon von v. Recklinghausen widerlegt worden, und zwar hauptsächlich desshalb, weil die Kugel im Blutstrom des Vorhofs fortwährend rollt und auf dem querelliptischen Spalt des stenosirten Mitralostiums keinen Fixationspunkt findet, andererseits aber auch für die Einkeilung im Mitralostium viel zu resistent ist.

Als Strömungshindernis wirken die großen marantischen Thromben, welche gestielt sind und schließlich, wie in dem hier vorliegenden Herzpräparate, den ganzen Vorhof ausfüllen, viel schlimmer als die Kugelthromben. In unseren 3 Fällen gingen die Kranken nicht plötzlich, sondern langsam zu Grunde. Ich wiederhole also, dass die Diagnose großer Kugel- und gestielter Thromben des linken Vorhofs wahrscheinlich wird durch den physikalischen

Nachweis hochgradiger Mitralstenose, durch die Symptome eines extremen Störungshindernisses im linken Herzen und durch Ödem, Kälte, Pulslosigkeit und schließliche Gangrän der Unterextremitäten. Selbstredend kommen daneben auch nicht selten die Zeichen autochthoner Thrombosen im rechten Herzen mit sekundären hämorrhagischen Infarkten in den Lungen zur Erscheinung, da für marantische Thrombose in allen Herzabschnitten die günstigsten Bedingungen (Mitralstenose, Herzdilatation und Muskeldegeneration, Obsolescenz des Pericardiums) gewöhnlich mit einander vergesellschaftet vorliegen.

(Folgt die Demonstration der Herzen mit dem Kugelthrombus und einem großen, den ganzen linken Vorhof ausfüllenden, gestielten Thrombus nebst Abbildungen.) — Orig.-Ref.

Diskussion: Ewald (Berlin) hat einen ähnlichen Fall von ampullärem Thrombus beobachtet, bei welchem auch Embolien in der Axillaris und Femoralis vorhanden waren und der schon intra vitam diagnosticirt wurde. E. fragt den Vortragenden, ob nicht auch in seinen Fällen ein embolischer Process vorgelegen hat. —

v. Ziemssen (München) bemerkt, dass in seinen Fällen, so wie auch in anderen früher beobachteten die Gangrän der Extremitäten auf Thrombose zurückzuführen war, dass aber die Möglichkeit der Mitwirkung embolischer Processe nicht ausgeschlossen ist.

Gans (Karlsbad). Über das Verhalten der Magenfunktion bei Diabetes mellitus.

Mit Rücksicht auf das bisherige vollkommene Fehlen wissenschaftlicher Untersuchungen des diabetischen Mageninhaltes hat G. im verflossenen Winter im Laboratorium von Boas an 10 Zuckerkranken eine längere Reihe von Mageninhaltsuntersuchungen ausgeführt. Der nach Ewald'schem Probefrühstück ausgeheberte Mageninhalt wurde auf Säurereaktion, Salzsäurereaktionen, Gesammtacidität, Gehalt an organischen Säuren, Milchsäurereaktion, Diacetessigsäurereaktion, Pepsin, Labferment etc. geprüft und daneben immer gleichzeitig eine Harnanalyse vorgenommen. Auch wurde stets mittels der Salolprobe nach Ewald die motorische Magenthätigkeit einer Untersuchung unterzogen.

G. berichtet nun eingehend über die Resultate seiner Untersuchungen, die wir kurz in folgenden Sätzen zusammenfassen wollen:

1) Die Magensaftsekretion der Diabetiker zeigt ein äußerst wechselndes Verhalten: neben Fällen mit durchaus normaler Sekretion finden sich sowohl solche mit bedeutender Hypersekretion als auch solche mit daniederliegender Sekretion bis zum totalen Schwund der Salzsäure. Auch bei einem und demselben Individuum werden die bedeutendsten Schwankungen in der Salzsäureabscheidung wahrgenommen.

2) Die motorische Thätigkeit des Magens war in allen von G.

untersuchten Fällen — und darunter waren einzelne sehr schwere, viele Jahre bestehende Fälle — intakt.

3) Irgend ein Abhängigkeitsverhältnis der Magenfunktion von der Höhe der Zuckerprocente oder der Schwere und Dauer der Erkrankung ließ sich in keiner Beziehung nachweisen.

Erst durch diese Arbeit von G. wird die Nothwendigkeit einer strengen Individualisirung bei der Ernährung unserer Diabetiker, auf die in empirischer Weise schon so oft aufmerksam gemacht worden ist, auf eine objektive, wissenschaftlich bewiesene Basis gestellt. Orig.-Ref.

Bäumler (Freiburg). Über die Influenza[1].

Vortr. hebt zunächst hervor, dass für die Mehrzahl der Ärzte die Krankheit eine völlig neue gewesen sei, und dass die aus den Lehrbüchern geschöpften Anschauungen von der Krankheit mit dem, was in der jüngsten Pandemie beobachtet wurde, sich nur unvollkommen gedeckt hätten. Insbesondere habe die Krankheit in zahlreichen Fällen nicht wie ein »infektiöser Katarrh der Luftwege« sich verhalten, sondern vielmehr wie eine reine »Allgemeininfektion«, häufig ohne jegliche Lokalerscheinung.

Auch über die Art und Weise der Verbreitung habe man erst wieder Erfahrungen machen müssen, und da habe sich für die Mehrzahl der Ärzte ergeben, dass die Influenza eine kontagiöse Krankheit sei. Kontagiosität in Verbindung mit einer sehr kurzen, nur 1—4tägigen Inkubationszeit und einer sehr allgemein verbreiteten Empfänglichkeit für die Krankheit reiche auch vollkommen aus, um deren so überaus rasches Umsichgreifen zu erklären, ohne dass man zu der Annahme eines durch die Luft auf große Entfernungen hin sich verbreitenden Miasmas seine Zuflucht zu nehmen brauche. Entgegen früheren Anschauungen habe gerade der menschliche Verkehr sich als der Hauptfaktor für die Verbreitung der Krankheit herausgestellt. Den verbesserten Verkehrsmitteln entsprechend sei die Krankheit in dieser jüngsten Pandemie auch rascher von Land zu Land verbeitet worden, als jemals in früheren Epidemien. Aber im Einzelnen habe sich gezeigt, dass sie immer zunächst in kleinen Herden, bei denen Einschleppung häufig nachweisbar sei, auftrete, und dass erst, wenn eine Anzahl solcher Einzelherde geschaffen sei, die Verbreitung immer schnellere Fortschritte mache. Für Verschleppung durch den Verkehr, d. h. durch Kranke oder Rekonvalescenten, spreche auch das verspätete Auftreten der Krankheit an abgelegenen Orten oder in abgeschlossenen Anstalten, welche unter Umständen inmitten einer ganz durchseuchten Stadt auch völlig verschont bleiben können.

---

[1] Der Vortrag war bestimmt, als Einleitung für die auf das Programm gesetzte Diskussion über Influenza zu dienen, welche jedoch auf Beschluss des Kongresses wegen der zahlreichen noch angemeldeten Vorträge unterblieb.

Das Kontagium der Influenza sei offenbar ein sehr vergängliches, seine Verschleppbarkeit durch leblose Gegenstände daher keine sehr große. Ob der Infektionskeim außer im Körper des Kranken auch im Boden sich zu vermehren im Stande ist, sei nicht erwiesen; in unseren Gegenden wenigstens komme nach dem, was die jüngste Pandemie gelehrt habe, eine derartige Vermehrung, wie sie für die kontagiös-miasmatischen Krankheiten nachgewiesen sei, wohl nicht in Betracht.

Übertragung auf Hausthiere sei nur an vereinzelten Orten (auf Katzen und Hunde in Alexandrien), auffallenderweise auf Pferde durchaus nicht so häufig, als man bei der großen Empfänglichkeit derselben für die sogenannte »Pferde-Influenza« hätte erwarten sollen. Dies lasse es fraglich erscheinen, ob es sich überhaupt bei der Pferde-Influenza um die gleiche Krankheit handle.

Es wurde sodann auch die Frage der mehrfach beschriebenen kleinen, ganz lokalisirt bleibenden Epidemien berührt, und Zweifel geäußert, ob in diesen wirklich Influenza und nicht etwa eine Form infektiösen Katarrhs vorhanden gewesen sei.

Die Empfänglichkeit für die Krankheit sei, das Säuglingsalter ausgenommen, eine sehr große und allgemein verbreitete. Durchgemachte Influenza müsse aber eine wenigstens zeitweise Immunität hinterlassen; es wäre sonst nicht verständlich, wie eine Epidemie so rasch wieder erlöschen könne. Wiederholtes Befallenwerden komme zwar zuweilen vor, dies sei aber wohl als »Recidiv« der Krankheit im Sinne des Typhusrecidivs aufzufassen.

Das inficirende Agens der Influenza sei trotz emsigen Forschens auch in dieser jüngsten Pandemie nicht gefunden worden. Wohl aber hätten diese Forschungen eine Reihe wichtiger Thatsachen über die den Komplikationen zu Grunde liegenden Mikroorganismen, insbesondere über die Bakteriologie der Lungenentzündung und die Eigenschaften des Fraenkel-Weichselbaum'schen Diplococcus zu Tage gefördert.

Übergehend zu den Symptomen der Krankheit hebt der Vortr. zunächst einige Krankheitserscheinungen hervor, welche darauf hindeuten, dass im Blute eingreifende Veränderungen vor sich gehen; dafür scheine ihm die so häufig zu beobachtende Gelbfärbung der Sclerae, zuweilen auch der Haut, welche wohl als Urobilinikterus aufzufassen sei, so wie die in der Mehrzahl der Fälle, wenn auch nicht bedeutende, aber sicher nachgewiesene Milzvergrößerung zu sprechen. Die Blutveränderungen, welche sich zuweilen auch in einer gewöhnlich rasch vorübergehenden Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes des Blutes aussprechen, und eine in den meisten Fällen nachweisbare auffallende Beeinflussung der vasomotorischen Apparate seien wohl als das disponirende Moment zu betrachten, welches so häufig und in so außerordentlicher Mannigfaltigkeit Komplikationen zu Stande kommen lasse. Meist sind es Mikroorganismen (Pneumoniediplococcus, Strepto-

coccus und Staphylococcus), welche sie hervorrufen, und viele örtliche Erkrankungen bei der Influenza seien daher als sekundäre Infektionen aufzufassen. Unter den verschiedenartigen Erscheinungen des so wechselvollen Krankheitsbildes treten ferner einige Erscheinungen noch besonders in den Vordergrund, so die Neigung zu Blutungen, die Schädigung des Herzens und dadurch hervorgerufene Kreislaufsstörungen; außerdem Nervenerscheinungen verschiedenster Art, insbesondere Neuralgien als Nachkrankheit. Ein Theil dieser Erscheinungen sei wohl als Wirkung von Toxinen aufzufassen.

Nachdem noch kurz die Diagnose berührt worden war, wobei auf die diagnostische Bedeutung der ikterischen Verfärbung der Sclerae und auf die Milzvergrößerung einiges Gewicht gelegt wurde, betonte der Vortr., dass unsere Anschauungen über die Prognose durch die jüngst gemachten Erfahrungen auch etwas andere geworden seien, als vor näherer Bekanntschaft mit der Krankheit. Dieselbe habe sich als viel gefährlicher, mit unmittelbarem bedeutenden Einfluss auf die allgemeine Sterblichkeit und mit lange dauernden Nachwirkungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung erwiesen, als vorher angenommen worden war.

Die Therapie habe, Dank der Bereicherung des Arzneischatzes durch die wirksamen Antineuralgica und Antipyretica in vielen Fällen die Beschwerden der Kranken in höherem Maße zu lindern vermocht, als dies wohl je früher möglich war.

Für die Prophylaxis sei aus den über die Kontagiosität gewonnenen Anschauungen zu entnehmen, dass Solche, die durch die Influenza möglicherweise sehr gefährdet würden, durch strenge Absonderung davor bewahrt werden könnten. Orig.-Ref.

Adamkiewicz (Krakau). Über den pachymeningitischen Process.

Nach der herrschenden Auffassung beruht die materielle Wirkung der im Gebiet der Rückenmarkshäute stattfindenden Wucherungen und Ablagerungen der hypertrophischen Pachymeningitis darauf, dass dieselben das Rückenmark komprimiren und durch die Kompression im Nervengewebe Anämie, Entzündung, Kompressionsmyelitis, Nekrose und sekundäre Degenerationen hervorbringen sollen. So allgemein diese von Charcot vertretene Deduktion über die Folge der anatomischen Veränderungen im pachymeningitischen Rückenmark acceptirt worden sind, so wenig konnte bezüglich der Erklärung der klinischen Erscheinungen der Pachymeningitis Einigkeit erzielt werden.

Während Charcot den sekundären Degenerationen, speciell dem Untergang der Pyramidenbahnen die klinischen Symptome, zumal die der Pachymeningitis eigenen Lähmungen der Unterextremitäten zuschreibt, hält Leyden daran fest, dass die von den

Wucherungen der pachymeningitischen Schwarte im Rückenmark direkt angeregten Veränderungen, also Veränderungen der chronischen Myelitis, die Funktionsstörungen des Rückenmarkes bei dieser Krankheit erzeugen. — Zur Klärung dieser Kontroverse hat der Vortr. neue, sehr detaillirte Untersuchungen über den pachymeningitischen Process angestellt und ist mit Hilfe seiner bekannten Methode der Safranintinktion zu folgenden wichtigen Ergebnissen gelangt. (Über die Details vgl. Adamkiewicz: Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarkt des Rückenmarkes. Wien 1890 Hölder.)

Die pachymeningitische Schwarte kann im Verein mit den — meist tuberkulösen — Ablagerungen im Gebiet der Wucherungen das Rückenmarkgewebe »komprimiren«.

Aber die Wirkung dieser Kompression entspricht derjenigen, wie die alte Lehre sie auffasst und schildert, nicht im geringsten. An der Kompressionsstelle entsteht keine Anämie und keine Entzündung. Es wird vielmehr das Nervengewebe durch den Druck wie alle kompressiblen Materien verdichtet (Kompressionskondensation), ohne dadurch an seiner Funktion Einbuße zu erleiden, — Wirkungen, wie sie A. auch auf künstlichem Wege durch seine bekannten Lamінariaversuche am Thiere hervorbringen konnte. Wo man im pachymeningitisch kranken Rückenmark Entzündungs- und Erweichungsherde findet, da kann man den sicheren Nachweis führen, dass sie außer allem Zusammenhang mit der Kompression stehen. Sie werden vielmehr, wie die pachymeningitischen Wucherungen selbst, durch die Infektionsstoffe angeregt, auf der das Grundleiden selbst beruht, durch diejenigen der Tuberkulose oder der Syphilis. — Da demnach das durch die pachymeningitischen Wucherungen und Ablagerungen komprimirte Rückenmarkgewebe gar nicht erweicht zu sein braucht und dennoch in der Mehrzahl der Fälle eine Entartung der Pyramidenbahnen aufweist, so kann letztere nicht in allen Fällen eine sogenannte »sekundäre Degeneration« sein. — A. ist es nun gelungen, den wahren Grund dieser Degeneration und ihre eigentliche Natur festzustellen. Indem er die Veränderungen genauer studirte, welche die pachymeningitischen Wucherungen in der Substanz des Rückenmarkes direkt erregen, hat er gefunden, dass dieselben auf dem Wege der Piagefäße in das Rückenmark überwandern und durch Sklerosirung dieser Gefäßchen deren Ernährungsgebiete brach legen. Dadurch entstehen dem Verlauf dieser von dem Vortr. zuerst beschriebenen radiären Gefäßchen entsprechend keilförmig gestaltete Degenerationen, chronische Infarkte, wie er sie nennt, die ihrer Verbreitung entsprechende Partien des Nervengewebes zu Grunde richten. Nur ein Gefäßchen des Rückenmarkquerschnittes, die von A. sogenannten Arteria sulci, hat ein centrales Ernährungsgebiet, indem es seine Kapillaren erst nach Durchbohrung der vorderen Kommissur von innen her in die Vorderhörner der grauen Substanz einsenkt. Die Sklerosirung dieses Gefäßchens und die

Infarcirung ihres Ernährungsgebietes richtet daher nicht wie die anderen Gefäßchen keilförmige periphere Felder der weißen Substanz, sondern ein mehr rundes, central gelegenes Feld der grauen Substanz zu Grunde. Da in letzterer die Vorderhornzellen und also die trophischen Centren der Pyramidenbahnen liegen, so muss die Sklerose der Sulcusarterien, indem sie diese Centren vernichtet, auch die von diesen ernährten Pyramidenbahnen zur Degeneration bringen.

Es entspricht somit die Entartung der Pyramidenbahnen bei der Pachymeningitis nicht der sekundären, wie sie im Verlauf der Pottschen Kyphose beispielsweise sich bildet, sondern derjenigen, wie sie im Anschluss an den Untergang der Vorderhornzellen bei der amyotrophischen Lateralsklerose entsteht.

So kommt A. zu folgenden Schlüssen: »Die Kompression des Rückenmarkes von Seite der pachymeningitischen Produkte ist nicht die Grundlage der schweren pachymeningitischen Veränderungen im Rückenmark, sondern ein in der Regel und im Princip ganz differenter Vorgang. Myelitis und Erweichung stehen zu ihr in keiner kausalen Beziehung und sind der Pachymeningitis als Folgen der Infektion vollkommen koordinirt. Ihre Bedeutung hängt ganz von ihrer zufälligen Extensität ab. Dagegen sind die direkten und wichtigsten Veränderungen, welche die Pachymeningitis im kranken Rückenmark hervorbringt, der chronische Infarkt, der auf dem Wege der Gefäßchen der Vasocorona die weiße, auf dem Wege der Art. sulci die graue Substanz mit ihren Vorderhornzellen und mit diesen das System der Pyramidenbahnen zu Grunde richtet.«

Von den durch die pachymeningitische Schwarte hindurchziehenden Rückenmarkswurzeln hat A. nachweisen können, dass sie zum größten Theil durch diese Schwarte unverändert hindurchziehen wie durch Kanäle, die die Schwarte durchbrechen. — Man erkennt das normale Verhalten der durch die Schwarte hindurchziehenden Nerven an ihrem zarten Endoneurium, an dem wohlerhaltenen Mark der Nervenfasern und namentlich an der normalen Form der Nervenkörperchen, die bei jeder Atrophie der Nervenfasern immer gleichzeitig mit dem Mark zu Grunde gehen. (Vgl. Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. 1889. Bd. XXI. Hft. 2. p. 628.)

Bezüglich der klinischen Phänomene der Krankheit weist der Vortr. darauf hin, dass, da die »sekundäre Degeneration« der Pyramidenbahnen bei der Pachymeningitis eine problematische ist, sie auch keineswegs als das gesetzmäßige Substrat der Krankheitsphänomene angesehen werden kann. Das Krankheitsbild der Pachymeningitis entspricht auch gar nicht dem einer Lateralsklerose. Da auch Myelitis und Erweichung bei der Pachymeningitis eine untergeordnete Rolle spielen, so bleiben nur die Infarkte als Träger der Funktionsstörungen bei dieser Krankheit übrig, die der weißen Substanz, wie die der Art. sulci, von denen letztere dem pachymeningitischen Krankheitsbilde die Attribute der amyotrophischen Lateralsklerose ertheilen.

So erkläre sich auch: 1) das Schwankende im klinischen Bilde der Pachymeningitis, die ihre Ursache in der ganz vom Zufall abhängigen Wahl der Gefäßchen findet, welche der im Blute kreisende Infektionsstoff heimsucht und sklerosirt, und 2) die große Neigung der Pachymeningitis, Centren, besonders solche des verlängerten Markes, anzugreifen, was darauf beruht, dass dieselben selbständige ernährende Gefäßchen besitzen.

Zum Schluss stellt der Vortr. die vorgetragenen Ergebnisse den Resultaten seiner früheren Untersuchungen über die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes (»Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes.« Stuttgart 1888, Ferd. Enke) gegenüber. Er weist namentlich darauf hin, wie alle degenerativen Krankheiten, Herdsklerose, Systemerkrankungen und selbst die sogenannten kombinirten Degenerationen rein parenchymatöser Natur sind, während die Pachymeningitis ihnen gegenüber sich durch ihre Infarkte als rein interstitielle darstellt. Gegenüber der von Westphal aufgestellten Hypothese, dass die »Randzonendegeneration« bei der »kombinirten Degeneration« der Ausdruck eines mit der Blutversorgung des Rückenmarkes in Zusammenhang stehenden erkrankenden Feldes sei, erklärt Vortr., dass jene Randdegenerationen weder mit den Gefäßen, noch mit dem Bindegewebe des Rückenmarkes irgend etwas zu thun haben, sondern gleichfalls durch primäre Erkrankung der Nerven entstehen. — Die Ernährungsgebiete des Rückenmarkes haben vielmehr nichts mit einer Randzone Gemeinschaftliches, sondern bestehen dem Verlaufe der Rückenmarksgefäße entsprechend aus einem runden centralen Gebiet (A. sulci) und aus keilförmigen, nach der Mitte des Rückenmarkes mit ihren Spitzen konvergirenden, mit ihren Basen an den Rückenmarksrand stoßenden Feldern (Arterien der Vasocorona). Die vom Vortr. nachgewiesenen Infarkte sind für diese Ernährungsgebiete der pathologisch-anatomische Ausdruck. Orig.-Ref.

M. v. Frey (Leipzig). Über die Beziehungen zwischen Pulsform und Klappenschluss.

Die gleichzeitige Aufschreibung des Druckverlaufs im linken Ventrikel und in der Aorta des Hundes führt zu dem Ergebnis, dass jede Pulsperiode in 2 ungleiche Hälften zerfällt; eine kürzere, in welcher der Druck im Ventrikel höher ist als in der Aorta — es ist dies die Zeit der Herzentleerung — und in eine längere, in welcher der Druck in der Aorta höher ist und einen selbständigen Verlauf zeigt — in dieser Zeit muss die Klappe schließen.

In dem ersten Abschnitt zeigt in vielen Fällen der Aortenpuls einen einfachen Gipfel, welcher dem systolischen Druckgipfel in der Kammer durchaus ähnlich, nur etwas niedriger ist. In dem Momente, in welchem der Ventrikeldruck unter den Aortendruck herabsinkt, und der Schluss der Klappe erfolgt, erscheint in der Aorta

in der Regel eine neue Drucksteigerung oder Welle, welche man daher als Klappenschlusswelle bezeichnet hat.

Diese Bezeichnung ist aber nicht zulässig, weil sich zeigen lässt, dass die betreffende Welle vorhanden sein oder auch fehlen kann, obwohl die Klappe fortgesetzt ungestört funktionirt. Wenn man durch Reizung des Rückenmarks oder andere Verfahrungsarten den Blutdruck eines Versuchsthieres verändert, so ändert sich die Lage dieser sogenannten Klappenschlusswelle und eben so die aller übrigen sekundären Erhebungen der Pulskurve in der Weise, dass sie dem systolischen Druckgipfel um so näher rücken, je höher der Blutdruck steigt. Bei einem Drucke von 200 mm Quecksilber z. B. ist in der Regel beim Hunde die Annäherung schon so weit gediehen, dass die sekundären Erhebungen mit dem systolischen Gipfel unentwirrbar verschmelzen. Es lässt sich nachweisen, dass dies nicht von einer veränderten Herzthätigkeit herrührt. Bei hohem wie niedrigem Druck findet, von der veränderten Arbeitsleistung abgesehen, die Druckschwankung im Herzen in stets derselben Weise statt. Die Thatsache der Veränderung des Aortenpulses ist nur begreiflich, wenn man sich erinnert, dass die Ausbreitung der Pulswellen und ihre Rückkehr aus der Peripherie um so rascher geschieht, je höher die Spannung des Arteriensystems ist. Dass die Pulswellen in den Kapillaren nicht erlöschen, sondern zurückgeworfen werden, kann als ganz sichergestellt betrachtet werden. Treffen die reflektirten Wellen in der Aorta zu einer Zeit ein, in welcher das Herz eben zu erschlaffen im Begriffe ist, so wird die Schließung der Klappe beschleunigt, und der Anschein entstehen, als ob der Klappenschluss selbst die Welle erzeugt hätte. Dass aber der Klappenschluss an und für sich ohne merkliche Druckstörung verläuft, lässt sich, normale Verhältnisse vorausgesetzt, nicht allein für die Semilunarklappen sondern auch für die Klappen zwischen Vorhof und Kammer experimentell nachweisen.

Die Auffassung sämmtlicher sekundären Wellen der Pulskurve als Reflexwellen, entstanden durch das ein- oder mehrmalige Hin- und Herwandern der systolischen Welle zwischen der Peripherie (Kapillaren) und dem Centrum (Semilunarklappen) führt zu der Forderung, dass die Gestalt der Pulskurve, sowohl in Bezug auf zeitliche wie Druckverhältnisse von Ort zu Ort im Arteriensystem verschieden sein muss. Diese sphygmographisch längst festgestellte Thatsache lässt sich entgegen widersprechenden Behauptungen auch manometrisch und zwar gerade auch an den großen Arterien nachweisen, so dass an der Berechtigung der vorgetragenen Auffassung nicht gezweifelt werden kann.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint in dieser Hinsicht die Erfahrung, dass die Pulsform einer Arterie an einem und demselben Thiere, bei gleichem mittleren Blutdruck und gleicher Pulsfrequenz wesentliche Formveränderungen aufweisen z. B. zuerst anakrot, später katakrot sein kann. Das Einzige was sich in diesem Falle

geändert haben kann, ist die vasomotorische Innervation oder mit anderen Worten die Blutvertheilung im Körper. Indem das Pulsbild über diese wichtige Frage Auskunft zu geben verspricht, wächst seiner diagnostischen Verwerthung ein neuer Faktor zu, ein Umstand, der zu weiteren Untersuchungen auffordert. Orig.-Ref.

E. Romberg (Leipzig). Beiträge zur Herzinnervation.

Die in Gemeinschaft mit W. His jun. (Leipzig) ausgeführte Untersuchung der Herzinnervation wurde angeregt durch die Unmöglichkeit, den anatomischen Befund am Nervensystem eines Typusherzens pathologisch zu verwerthen. Dasselbe zeigte nach R.'s Untersuchung neben manchen bisher unbekannten Veränderungen Hayem's Myocarditis infectiosa, zahlreiche myocarditische Herde, wie sie Leyden bei der Diphtherie beschrieben hat, entzündliche Vorgänge im interstitiellen Gewebe der Vorhofsganglien, Perineuritis an einzelnen Nervenstämmen im Ventrikelperikard.

His und R. betraten bei ihrer Untersuchung einen bisher nicht eingeschlagenen Weg. Sie erforschten die Entwicklungsgeschichte des menschlichen Herznervensystems, und kamen dabei zu Anschauungen über die physiologische Funktion der Herzganglien, welche von den bisherigen völlig abweichen.

Die im Laboratorium der Leipziger medicinischen Klinik ausgeführte Arbeit wurde nach der bei embryologischen Untersuchungen jetzt üblichen Methode ausgeführt. Es wurden Wachsmodelle nach dem Born'schen Plattenverfahren verfertigt und so die untersuchten Theile plastisch dargestellt. Das Untersuchungsmaterial bestand in Schnittserien menschlicher Embryonen, welche Herr Geheimrath His mit größter Liebenswürdigkeit zur Verfügung stellte.

Die erste Anlage der Herznerven erscheint am Ende des ersten Monats. Vom sympathischen Grenzstrang aus wandern Ganglienzellen in das Herz ein. Die Nervenfasern, welche diese Zellen mit dem Grenzstrang verbinden, verlaufen sämmtlich vereint mit Fasern aus dem Vagus, zu dem aber die Ganglienzellen selbst in keiner Beziehung stehen. Auch später wandern ausschließlich sympathische Ganglienzellen in das Herz ein.

Das Herznervensystem, dessen Ausbildung während des zweiten und im Anfang des dritten Monats vor sich geht, baut sich auf einem Geflecht an der hinteren Fläche der aufsteigenden Aorta (Plexus aorticus profundus) auf. Dasselbe endigt in den Ganglien der Vorhöfe. Es entsendet weiter oben ein ganglienreiches Geflecht zwischen Aorta ascendens und Ductus Botalli (Plexus aorticus superficialis). Aus dem letzteren entspringen die Plexus coronarii. Die Ventrikel bleiben ganglienfrei.

Die Herzganglien sind also vorgeschobene Theile der Sympathicusganglien. Die letzteren gehören aber nach den Untersuchungen von Onodi (Arch. für mikroskop. Anat. Bd. XXVI) zum Gebiete

der hinteren Wurzeln, also zum sensibeln System. Das Gleiche muss man für die Herzganglien, die Abkömmlinge der Sympathicusganglien annehmen. Die Herzganglien sind demnach sensibel. Wenn nicht die Annahme gemacht wird, dass dieselbe Ganglienzelle gleichzeitig motorisch und sensibel sein könne, besitzen die Herzganglien keine motorischen Funktionen. Sie sind also weder automatische Herzcentra noch aktive Vermittler der Hemmung oder Beschleunigung des Herzschlages.

Mit dieser Annahme lassen sich die bekannten physiologischen Eigenschaften des Herzens sehr gut vereinigen. Redner betonte namentlich die Thatsache, dass das Herz des Embryo rhythmische Kontraktionen vollführt, längst bevor es Nerven oder Ganglien besitzt, und erinnerte an die Versuche Wooldridge's (Du Bois-Reymond's Arch. für Physiol. 1883).

Über die Funktion der Herzganglien im Einzelnen lässt sich zur Zeit nichts Bestimmtes sagen. Vielleicht übermitteln sie dem Centralnervensystem die unbewussten Empfindungen, welche reflektorisch den Herzschlag durch den Vagus und Accelerans reguliren, die Weite des Gefäßsystems beherrschen.

Da wir die Annahme eines automatischen Herznervencentrums aufgeben müssen, haben wir vorläufig zur Erklärung der rhythmischen Herzthätigkeit eine Automatie des Herzmuskels anzunehmen, die uns durch die anatomischen und physiologischen Eigenschaften des Herzens leichter verständlich wird. Der Herzmuskel ist der automatische Motor der Cirkulation, ohne zu seinen Bewegungen von nervösen Elementen angeregt zu werden.

Was folgt aus dieser Auffassung für die Pathologie? Veränderungen der Herzganglien gestatten wegen der Komplicirtheit ihrer Funktion und der Unklarheit derselben im Einzelnen keinen Rückschluss auf pathologische Abweichungen der Herzthätigkeit. Die Wirkung der Herzgifte ist nicht mehr ohne Weiteres auf die Reizung oder Schädigung der Herzganglien zu beziehen. Dagegen erscheint der Herzmuskel sehr viel wichtiger als bisher. Seine genaue Untersuchung wird häufiger, als man jetzt annimmt, die Ursache des pathologischen Verhaltens des Herzens aufdecken. — Orig.-Ref.

Diskussion: v. Basch (Wien) bemerkt, dass er schon vor mehreren Jahren die Ansicht ausgesprochen habe, dass es nicht die Herzganglien seien, welche die Automatie des Herzens veranlassen, und dass weder im Vagus, noch im Accelerans motorische Nerven zu erblicken seien, sondern dass dieselben nur die Schlagfolge des Herzens in der Weise verändern, dass sie die Empfindlichkeit des Herzens beeinflussen. —

His (Leipzig) schildert die Technik der von Herrn Romberg demonstrirten Präparate und Modelle. —

Krehl (Leipzig). Über die Veränderungen der Herzmuskulatur bei Klappenfehlern.

Der Zustand von Herzkranken mit Klappenfehlern ist nicht allein erklärt durch Art und Schwere der Ventilveränderungen. Die Leistung eines Muskelmotors mit Ventilen muss eben so vom Zustand der Muskulatur, wie von dem der Klappen abhängig sein. Es wurde eine systematische Durchforschung von 7 Klappenfehlerherzen vorgenommen, um zu erfahren, ob regelmäßig Erkrankungen des Herzmuskels sich bei Klappenfehlern finden. An den systematisch untersuchten Herzen war 5mal Mitralinsufficienz und Stenose, 2mal Aorteninsufficienz mit Mitralstenose vorhanden. In allen 7 Herzen fanden sich: verbreitete Endocarditis, Pericarditis, Endarteriitis der kleinen Muskelarterien und Bindegewebsvermehrung mit verbreitetem Muskelschwund. Diese anatomischen Veränderungen tragen den Charakter progredirender Entzündungen, und sind bei den Herzen am verbreitetsten, deren Träger unter den Erscheinungen von Herzinsufficienz gestorben sind. Sie sind geeignet, die Leistungsfähigkeit des Herzens herabzusetzen; man wird also bei der klinischen Beurtheilung eines Klappenfehlerkranken versuchen müssen, sich ein Urtheil über Vorhandensein und Verbreitung progredirender Entzündungen an Herzmuskel und Arterien zu verschaffen.

Orig.-Ref.

E. Stadelmann (Dorpat). Über den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel.

S. giebt in seinem Vortrage einen Überblick über die Arbeiten seiner Schüler, der Herren Doktoren Burchard, Klempner, Beckmann, Hagentorn, von denen jeder einzelne Kapitel der vorliegenden Frage bearbeitet hat, und die zusammen in einer Monographie bei Ferdinand Enke in Kurzem erscheinen werden. Die Untersuchungen wurden von dem Gesichtspunkte aus angestellt, nachzusehen, ob große Dosen von Alkalien, wie sie von S. mehrfach therapeutisch besonders bei Diabetikern empfohlen worden sind, nicht doch den menschlichen Stoffwechsel nach irgend einer Richtung hin ungünstig beeinflussen. Demnach wurden die Alkalien 1) besonders in großen Dosen, 2) über lange Zeiträume hinaus verabreicht. Auch wurden die Untersuchungen, um nicht von Thieren auf den Menschen hin Rückschlüsse machen zu müssen, was immerhin bedenklich ist, an Menschen (den Experimentatoren selbst) angestellt, bei Stickstoffgleichgewicht derselben. In der Litteratur finden sich nur die widersprechendsten Angaben über das fragliche Gebiet. Studirt wurde der Einfluss des kohlensauren, doppeltkohlensauren und citronensauren Natrons.

Die pflanzensauren Salze, besonders das citronensaure Natron, die im Körper zu kohlensauren umgewandelt und theilweise als solche ausgeschieden werden, eignen sich ganz besonders gut, wenn

es darauf ankommt, dem Körper Alkalien zuzuführen, besser als die kohlensauren Salze, die schlechter resorbirt werden und zum Theil als Chlornatrium zur Aufnahme kommen, die Salzsäure des Magens theilweise in Beschlag nehmen und so eher den Stoffwechsel, besonders die Verdauung schädigen. Allerdings kommt auch dem citronensauren Natron eine gewisse abführende Wirkung zu, die manchmal mehr, manchmal weniger zu Tage tritt. Berücksichtigt wurden in den vorliegenden Untersuchungen fast alle normalen Bestandtheile des Harnes und außerdem noch der Stickstoffgehalt der Fäces.

Was die stickstoffhaltigen Harnbestandtheile anbelangt, so waren die Harnsäure und das Ammoniak nach der Zufuhr der Alkalien in verminderter Menge im Harne enthalten, letzteres entsprechend der gegebenen Dosis; eine vollkommene Unterdrückung der Ammoniakausscheidung ließ sich jedoch niemals erzielen.

Der Harnstoff bot die interessantesten Anomalien dar. Bei dem einen der Experimentatoren war die Ausscheidung desselben zuerst vermindert, es wurde Stickstoff angesetzt, dann plötzlich änderte sich das Bild, es traten große Schwankungen der täglichen Harnstoffausscheidung bis zu 11,0 auf, indem die Kurve bald unter die Norm sank, bald über die Norm sich erhob, jedoch so, dass das Mittel der Versuchsreihe nur sehr wenig von der normalen Mehrzahl abwich.

Bei dem 2. Experimentator fiel das Stadium der verminderten Harnstoffausscheidung und des Stickstoffansatzes fort, und von vorn herein begann die Harnstoffausscheidung den schwankenden Charakter anzunehmen mit einer Oscillationsbreite der Kurve bis zu 13,0 von einem Tage zum anderen. Auch hier wich aber die Durchschnittszahl vom Normalen kaum ab.

Die Stickstoffausscheidung in den Fäces stieg mit der verminderten Konsistenz der Stühle und betrug gelegentlich fast das Doppelte des Normalen, d. h. statt 0,7 bis zu 1,4 in 24 Stunden.

Eine diuretische Wirkung der Alkalien war nicht zu verkennen, allerdings bald mehr, bald weniger ausgesprochen.

Eine vermehrte Oxydation des Fettes und Verbrauch des angesetzten Körperfettes ist unter ihrem Gebrauch zum mindesten sehr wahrscheinlich. Kalk und Magnesia werden in ihrer Ausscheidungsgröße durch den Harn von den Alkalien nicht beeinflusst.

Eben so wenig die Phosphorsäure und die Schwefelsäure, die unter dem Gebrauch der Alkalien eher in verminderter Menge im Harne aufzufinden sind, ein Punkt, der besonders berücksichtigenswerth ist. Es gelingt also wohl, durch die Zufuhr von Säuren dem Körper Alkalien zu entziehen, dagegen nicht, ihm anorganische Säuren zu nehmen durch Zufuhr von Alkalien.

Allerdings wird durch die Alkalien das Verhältnis der Ätherschwefelsäuren zu den präformirten verändert, indem erstere in erheblich erhöhter Menge im Harne aufzufinden sind, ein Umstand, der in der Neutralisation der Salzsäure im Magen, der stärkeren Alka-

lescenz im Darmkanal und der Begünstigung der dort stattfindenden Fäulnisprocesse seine Erklärung findet.

Kohlensaures Natron wird viel schlechter als citronensaures Natron resorbirt, wenigstens findet sich nach Eingabe des ersteren verhältnismäßig viel weniger Natron im Harne als nach Eingabe des letzteren. Wie viel von letzterem resorbirt wird, lässt sich nicht mit Sicherheit angeben, da von ihm die Chloride des Körpers mechanisch mitgerissen werden und sich als NaCl und KCl im Harne auffinden lassen. Es wurde nämlich nach Eingabe großer Mengen von citronensaurem Natron mehr Natron im Harne gefunden (nach Abzug der normalen Menge), als zugeführt wurde. Die Verschiedenheit in der Resorption von kohlensaurem und citronensaurem Natron beweist auch, dass letzteres erst im Blute zu kohlensaurem Natron umgewandelt wird, und nicht schon im Darme, wie dies Buchheim annimmt.

Der Vorgang nach Eingabe von citronensaurem Natron scheint der zu sein, dass das aus ihm gebildete kohlensaure Natron theilweise als solches, oder an die Albuminate gebunden im Körper zurückgehalten wird, theilweise durch die Nieren als kohlensaures Natron zur Ausscheidung gelangt und dabei aus dem Blute NaCl und KCl mechanisch mit sich fortreißt. Für eine theilweise Aufspeicherung spricht die Nachperiode, bei welcher noch ca. 4 Tage lang mehr Natron als normal mit dem Harne ausgeschieden wird. Dass citronensaures Natron als solches in irgend wie größerer Menge zur Exkretion gelangt, ist im höchsten Maße unwahrscheinlich. Irgend welche dyseptische Erscheinungen, eine Einwirkung auf den Allgemeinzustand des Körpers trat selbst nach Dosen bis zu 430 des citronensauren Natron und einer Zufuhr von gegen 600 g während der ganzen Versuchsdauer nicht ein.

Die Anwendung pflanzensaurer Salze scheint demnach viel geeigneter, als die der kohlensauren Salze, wenn man den Körper, so zu sagen, alkalisiren will. Die Rechnung wies nach, dass ein erheblicher Theil des zugeführten citronensauren Natron als kohlensaures Natron im Harn zur Ausscheidung gekommen sein musste.

Weitere experimentelle Untersuchungen, die von den Herren Dr. Nissen und Mandelstamm ausgeführt wurden, sollten den Einfluss der Alkalien auf die Gallensekretion kennen lernen. Man nimmt ja auch jetzt noch vielfältig an, dass die Alkalien als Cholagoga wirken, und dass der günstige Einfluss des Karlsbader Wassers bei Zuständen der Gallenstauung auf dieses Moment zurückzuführen ist. Andere wieder nehmen an, dass es sich hier um eine Wirkung des warmen Wassers handelt, und dass die Alkalien dabei die Nebenrolle spielen. Die vorliegenden Untersuchungen haben nun zweifellos nachgewiesen, dass weder das Wasser, gleichgültig ob warm oder kalt, in großer oder kleiner Menge, noch die Alkalien die Gallensekretion vermehren. Während die Alkalien in kleinen Dosen verabreicht (es wurde Karlsbader Salz, Natrium bicarbonicum, Chlor-

natrium, Natrium sulfuricum, Natron phosphoricum, Kalium aceticum, Kalium tartaricum, Kalium citricum, Kalium carbonicum u. a. m. untersucht) die Gallenmenge und Zusammensetzung derselben unbeeinflusst lassen, wird die Gallensekretion bei großen Dosen herabgesetzt, während die Ausscheidungsgröße von Gallenfarbstoff, Gallensäuren, Fetten nicht geändert wird. Die Idee, die Alkalien als Cholagoga anzuwenden, ist eine falsche, wie überhaupt die therapeutische Verwerthung der Cholagoga von unrichtigen physiologischen Voraussetzungen ausgeht. Ein Nutzen der Alkalien muss im Gegentheil, abgesehen von der günstigen Einwirkung auf die katarrhalischen Zustände im Darm, Gallengängen, Gallenblase etc., in einer verminderten Gallensekretion gesucht werden.

Da die Alkalien die Alkalescenz des Blutes sicher vermehren, wird wohl auch eine stärker alkalische Galle unter ihrem Gebrauche abgesondert werden, die im Stande ist, Gallenkonkremente zu lösen, Gallensteine zu verkleinern, so dass diese dann den Ductus choledochus passiren können. Orig.-Ref.

Klemperer (Berlin). Fieberbehandlung und Blutalkalescenz.

K. berichtet über Blut-Co_2-Bestimmungen, welche bei hochfiebernden Typhuskranken vor und nach Antipyrindarreichung angestellt wurden. Es wurde festgestellt, dass der sehr gesunkene CO_2-Gehalt durch die Antipyretica nicht erhöht wurde. Hieraus zieht K. den Schluss, dass diese Mittel nur antithermisch, nicht wirklich antipyretisch oder antitoxisch wirken.

Hierauf berichtet K., dass bei 2 Typhuskranken der hochgesteigerte Eiweißumsatz durch Alkalidarreichung nicht vermindert wurde. Orig.-Ref.

Diskussion: Kraus (Wien) hat in zwei mit Antifebrin entfieberten Fällen von Typhus gefunden, dass der verminderte Co_2-Gehalt des Blutes unverändert blieb. Nach seinen Untersuchungen geht die Steigerung der Temperatur nicht proportional der Herabsetzung des Co_2-Gehaltes des Blutes einher. Er fand in Fällen von Erysipel, bei denen das Fieber in wenigen Stunden 40° erreichte, wenige Stunden nach Beginn des Fiebers normalen Kohlensäuregehalt. Da die Thierversuche, so wie die klinische Beobachtung lehren, dass die Temperatursteigerung nicht der Ausdruck des Infektes ist, so dürfen wir uns nicht an die Höhe der Temperatur, sondern an den verminderten Kohlensäuregehalt des Blutes halten. In allen Fällen, wo eine Säureintoxikation angenommen werden kann, giebt K. doppeltkohlensaures Natron. Bei Gesunden tritt schon nach 2—8 g in wenigen Stunden, bei Fiebernden erst auf 20—30 g deutliche Alkalescenz des Harnes ein. Dieses einfache diagnostische Verfahren ist der erste Prüfstein auf das Vorhandensein einer Säureintoxikation.

Cantani (Neapel). Über Darmantisepsis.

Das Ziel der Therapie bei bestehender Darminfektion, die Unschädlichmachung der lebenden Krankheitserreger im Darm, kann auf doppeltem Wege angestrebt werden, per os und per anum. Zur Darreichung per os eignen sich nur Mittel, die nicht vom Magen oder vom obersten Theil des Darmkanals aufgesaugt oder verändert werden, die also wirklich in die kranken Darmschlingen gelangen. Zu diesem Zwecke wurden Kalomel, feines Kohlenpulver, Naphthalin, Jodoformpulver, salicylsaures Bismuth angewendet. Diese Stoffe üben, in den nöthigen Dosen verabreicht, eine gewisse Wirkung auf den Darminhalt aus, nicht aber, weil unlöslich, auf die Darmwand, da sie nicht unter das Epithel, ja nicht einmal unter die oberflächliche Schleimschicht zu dringen vermögen. Antiseptische Lösungen, die ihrer Kontaktwirkung auf die Krankheitserreger halber die beste Applikationsform darstellen, lassen sich nur per anum beibringen. Dass die mit der Enteroklyse oder hohen Darminfusion einströmende Flüssigkeit die Bauhin'sche Klappe passirt und wirklich in die höchst gelegenen Schlingen des Dünndarmes, ja selbst in den Magen eindringt, wird dadurch bewiesen, dass dieselbe häufig durch Erbrechen entleert wird; diese Thatsache beweist auch das Hinaufströmen der Flüssigkeit mit Hilfe einer antiperistaltischen Darmbewegung.

Wenn nun bewiesen ist, dass man mittels des 2—4 m über dem Bettniveau angebrachten Recipienten die obersten Darmschlingen, ja selbst den Magen zu erreichen im Stande ist, so sind die Vortheile des Weges per anum für die Darmantisepsis wohl ganz einleuchtend. Neben anderen Vortheilen vermitteln die großen Mengen von Flüssigkeit, die es möglich ist durch den Mastdarm einzuführen, noch schätzbare Nebenwirkungen. So kann durch die sehr kalte Flüssigkeit die Fiebertemperatur herabgesetzt, durch heiße Flüssigkeit, wie bei der Cholera, der erkaltende Körper erwärmt und erregt werden; so wird der Darm ausgewaschen, und eine Menge von Bakterien und Ptomainen mit der großen Wasserquantität, die nach einiger Zeit abgeht, aus dem Körper entfernt; so wird auch dem Blute durch Resorption eine bedeutende Menge Wasser zugeführt, wie sie oft durch den Mund nicht zuführbar wäre, und damit werden auch die exkrementellen Stoffe der Gewebe und des Blutes, Leukomaine und Ptomaine, leichter ausgespült und durch den Harn entfernt. Die Enteroklyse wird hiermit auch zu einem wahren Mittel, den ganzen Körper, so weit dies möglich ist, auszuwaschen.

Von den für die Darmantisepsis auf dem Wege der Enteroklyse in Betracht kommenden Mitteln ist das wichtigste die Gerbsäure. Dieselbe kann in starkem Verhältnis, zu $^1/_3$—$^1/_2$%, ja sogar zu 1% eingeführt werden und entspricht der doppelten Indikation einer rationellen Darmantisepsis: die vegetative Thätigkeit der Bakterien zu lähmen — die gebildeten ptomainischen Gifte unschädlich zu machen.

Den beiden Indikationen entspricht sie auf ganz eklatante Weise in der Cholera, deren Kommabacillus durch $^1/_2\%$ derselben in den Fleischbrühkulturen bei 37° in seinem Wachsen, in seiner Vermehrung wenigstens gehemmt, ja binnen 6 Stunden größtentheils getödtet, und durch 1% derselben schon binnen anderthalb Stunden getödtet wird, so dass nicht nur die Bewegung der Bacillen unter dem Mikroskope aufgehört hat, sondern auch die so behandelte Kultur, in eine andere gerbsäurefreie Fleischbrühe übertragen, nicht mehr zur Entwicklung kommt.

Aber die Gerbsäure macht auch die vom Kommabacillus hervorgebrachten, abgesonderten oder ihm innewohnenden ptomainischen Gifte unschädlich. Eine sterilisirte Kommabacillenkultur in peptonisirter Fleischbrühe bringt, einem Hunde in den Bauchfellsack eingespritzt, Vergiftungssymptome hervor, die denen der Choleravergiftung vollkommen gleichen. Wenn aber die sterilisirte Kommabacillenkultur mit 0,6% Gerbsäure eingespritzt wird, bringt sie gar keine Erscheinungen hervor. Wahrscheinlich bildet die Gerbsäure mit den Ptomainalkaloiden unschädliche Tannate.

Aus diesen Ergebnissen war es wohl leicht zu schließen, dass die Gerbsäure, wie gegen die Cholerabacillen, so auch gegen andere pathogene Mikrobien und deren Ptomaine nützlich sein könne.

Und die praktische Erfahrung am Krankenbette bestätigte dies vollkommen. Es giebt kein besseres Mittel als die gerbsaure Enteroklyse gegen die verschiedenen, gewiss von Mikrobien herrührenden, mit mehr oder weniger auffälligen Gährungen einhergehenden Darmkatarrhe und Diarrhoen, wo die Gerbsäure theils als antiseptisch kausales, theils als adstringirendes Mittel wirkt. Namentlich seit langer Zeit dauernde, der Behandlung auf dem Wege durch den Magen trotzende Diarrhoen werden mittels der gerbsauren Enteroklyse oft auf überraschende Weise binnen weniger Tage geheilt.

Eben so ist dieselbe auch ein vorzügliches Mittel gegen die wahre specifische Dysenterie, gegen welche sie gleichfalls als Desinfektans und als Adstringens wirkt, und daher auch auf die sich bildenden oder schon gebildeten dysenterischen Geschwüre eine günstige Wirkung ausübt — und in welcher sie nebenbei durch die große Masse von Wasser die Entleerung des in den paretischen Darmschlingen stagnirenden Materials befördert. Freilich wird hier oft der Zusatz von Gummi arabicum erwünscht sein, wenn der Darm zu gereizt ist, und in den Fällen großer Schmerzhaftigkeit ist die Enteroklyse von ein bis anderthalb Litern absoluten Öls vorzuziehen, die zuweilen auch mit der gerbsauren mit Erfolg abgewechselt wird.

Auch im Bauchtyphus ist die gerbsaure Enteroklyse ein hochschätzbares Mittel, wie auch Mosler gefunden hat. Vor Allem sieht man nach der Anwendung der gerbsauren Enteroklyse rasch den Meteorismus und die Diarrhoe abnehmen; in mehreren Fällen sah ich gefahrdrohende, außerordentlich stark entwickelte Darmmeteorismen nach der zweiten oder dritten Applikation dieses Heilverfahrens

auf ein Minimum zurückgehen, die ganze Krankheit bei fortgesetzter Behandlung einen günstigeren Verlauf nehmen.

Im allerersten Anfang des Abdominaltyphus scheint es sogar möglich, mit der gerbsauren Enteroklyse einen abortiven Einfluss auf die beginnende Typhusinfektion im Darme auszuüben. So lange der Typhusbacillus nicht tiefer in den Organismus gedrungen, sich in tiefer gelegenen Organen nicht festgesetzt und nicht proliferirt hat, ist theils von der direkten antiseptischen und adstringirenden Wirkung der Gerbsäure, theils von der durch sie bewirkten Ansäuerung des Darminhaltes eine Behinderung der Entwicklung der gewiss vom Darm ausgehenden Typhusinfektion zu hoffen.

Im Ileotyphus habe ich übrigens auch in einigen Fällen von der salzsauren, in mehreren anderen besonders von der karbolsauren Enteroklyse (in der Dose von 10—50 Theilen Acidi carbolici crystallisati in 2 Litern kalten Wassers, mit Zusatz von 1 g Chinini muriatici) abortiven Einfluss auf beginnende Typhusinfektion gesehen, so weit wenigstens die Diagnose dieser Processe im ersten Beginne der Krankheit gerechtfertigt ist. Es versteht sich von selbst, dass es in allen diesen Fällen nicht nothwendig ist, die Typhusbacillen im Darm zu tödten, was gewiss unmöglich wäre, sondern es genügt vollkommen, ihnen den Aufenthalt im Darm ungünstig zu gestalten, ihre rasche Vermehrung hintanzuhalten.

Natürlich sobald die Krankheit vorgeschritten, sobald die Bacillen in den Peyer'schen Drüsen und den solitären Follikeln tiefer eingedrungen und noch andere Infektionsherde im kranken Körper gesetzt haben, sobald namentlich auch das Blut und entfernte Organe Sitz von Typhusbacillen, von lokalen Typhusprocessen werden, kann die Darmantisepsis, sei es mit Gerbsäure, Karbolsäure, Salzsäure etc., keinen hemmenden Einfluss mehr ausüben auf den Gang und Verlauf der Krankheit; aber sie bleibt immer ein höchst nützliches Mittel gegen die immer bestehende und zunehmende Darminfektion und gegen deren nächste Folgen; sie vermindert die Tragweite derselben, sie hebt den oft lebenbedrohenden Meteorismus ganz auf, sie behebt den Theil der allgemeinen Vergiftung, der von der Darminfektion und der Bildung des typhösen Giftes im Darme abhängt.

E. Pfeiffer (Wiesbaden). Über kieselsauren Harnsand.

Vortr. berichtet über den Fall eines Arztes, der an sich selbst den Abgang von Harnsand konstatirte, welcher keiner der gewöhnlichen Griesarten entsprach, sondern nach dem Ergebnis der Untersuchung aus kieselsaurem Sand bestand. In der Litteratur finden sich wenig Notizen, welche das Vorkommen von kieselsaurem Sand im Harn beweisen; derselbe trat in allen diesen Fällen überdies nur als geringe Beimengung zu harnsaurem oder anderem Gries auf. In des Vortr. Fall bestand der Sand dagegen aus 90%iger Kieselsäure. Von reinem gewöhnlichen Sand unterschied er sich dadurch, dass er

beim Glühen zunächst in Folge des geringen Gehaltes an organischer Substanz schwarz, später aber weiß wurde.

Schmid (Reichenhall). Zur Kritik der Behandlung der Lungentuberkulose mittels des Weigert'schen Heißluftapparates.

Bei den vielfachen und lange andauernden Versuchen des Vortr. mit der Inhalation heißer Luft kommt er zu dem Resultat, dass Schädlichkeiten durch dieselbe nicht hervorgerufen werden, dass die Mehrzahl der Pat. gern inhalirten und den günstigen Einfluss auf die Expektoration und die Befriedigung ihres Respirationsbedürfnisses rühmten; dass aber im Gegensatz zu den Weigert'schen Resultaten keinerlei Besserung beobachtet wurde, welche über das durch klimatische Behandlung Erreichbare hinausgegangen wäre. Vortr. weist dann auf die beachtenswerthe Arbeit von Mosso und Randelli hin, welche auf Grund physikalischer und thierexperimenteller Versuche zu dem Resultat kommen, dass heiße Luft überhaupt nicht in den tieferen Respirationstractus gelange. Er hat Gelegenheit gehabt, Beobachtungen an einer Pat. anzustellen, welche eine unzweifelhafte Bronchopleurafistel hat. Bei derselben waren direkte Temperaturmessungen möglich, während die Pat. durch 2 Stunden (in jeder Sitzung) bis 230° C. inhalirte. Alle diese unter den nöthigen Kautelen ausgeführten Messungen ergaben, dass die Temperatur vollständig die gleiche blieb bei der Inhalation heißer Luft, wie ohne dieselbe. Vortr. kommt daher zu dem Resultat, dass das Verfahren, heiße Luft inhaliren zu lassen, auf falschen physikalischen und physiologischen Voraussetzungen beruhe und desshalb zu verlassen sei. Die subjektiv günstigen Erfolge bei der Inhalation glaubt er auf die durch dieselben bedingte systematische Tiefathmung beziehen zu sollen, welche günstig wirke sowohl im Sinne der Gymnastik der Respirationsmuskulatur, als auch des regeren Gasaustausches und der dadurch bedingten beschleunigten Cirkulation innerhalb der Lunge. Orig.-Ref.

Eppinger (Graz). Über eine neue pathogene Cladothrix und eine durch sie hervorgerufene Pseudotuberkulosis[1].

Die Grundlage zu diesem Thema ergab sich in einer Sektion eines 52jährigen Glasschleifers, bei welchem ein chronischer Abscess der rechten Großhirnhemisphäre mit Durchbruch in den Ventrikel, fortgepflanzte Meningitis cerebro-spinalis, große verkalkte Drüsen in dem Lungenhilus, eine große in kreidigen Brei umwandelte Supraclaviculardrüse, Pseudotuberkulosis der Lungen und der Pleura vorgefunden wurden. In der Wand des Abscesses, im Exsudate der Rückenmarks-Pia wurden isolirte, gruppirte und bis zu Büscheln ver-

[1] Die ausführliche Arbeit erscheint demnächst in Ziegler's Beiträgen zur pathologischen Anatomie etc.

einigte pilzliche Organismen nachgewiesen, die wegen ihrer eigenthümlichen Fadenbildung mit Scheinverzweigung als Cladothrix erkannt wurden. Ganz gleiche Cladothrixfäden in noch viel reichlicherer Menge fanden sich vor in den frischesten Bildungen der Abscesswand, die in Form miliärer Zellherde von der Abscesswand in die benachbarte Gehirnsubstanz ragten, und in den frischen Zellinfiltrationen der Pia des Halsmarkes.

Der Zusammenhang der gedachten Veränderungen im Gehirn und am Rückenmarke mit den gefundenen Cladothrixfäden war unzweifelhaft. Da sich solche, wenn gleich auch als Stücke und Leichen derselben in den vorhin bezeichneten Drüsen nachweisen ließen, und die Veränderungen dieser ebenfalls als durch die Cladothrix hervorgerufen erachtet werden mussten, so war der Schluss gerechtfertigt, dass die Cladothrixaffektion der Drüsen als die primäre und die Affektion im Gehirn und am Rückenmarke als metastatische Veränderung erachtet werden mussten, analog den Fällen, wo von primärer Drüsentuberkulose aus sich metastatische Tuberkulose in entfernten Organen entwickeln kann.

Bei Darstellung der Cladothrixfäden in den angeführten Veränderungen mittels der üblichen Färbemethoden wurde man die Eigenthümlichkeit gewahr, dass sich der Inhalt der Fäden nicht gleichmäßig, sondern stückweise färbte. Die einzelnen gefärbten Stücke glichen Körnchen und Stäbchen von sehr verschiedener Länge; aber schon die sehr verschiedenen Dimensionen dieser gefärbten Gebilde ließ die Vermuthung, dass es sich um Kokken und Bakterien handeln könnte, sofort von der Hand weisen.

Es gelang aus dem Eiter des Gehirnabscesses und dem Exsudate der Rückenmarks-Pia die Cladothrix rein zu züchten durch das Plattenverfahren, wobei Zuckerfleischpeptonagar als Nährboden in Anwendung gebracht wurde. Auf Platten wuchs die Cladothrix aus in Form sehr charakteristischer Kolonien, da sie die Form höchst zierlicher Sterne annehmen. An den älteren Kolonien konnte ein dichteres aus einem Gewirre verzweigter Fäden bestehendes Centrum und eine peripherische Zone sehr deutlich unterscheidbarer verzweigter Fäden nachgewiesen werden.

So rein gezogene Kolonien wurden auf die verschiedensten Nährböden (Zuckeragar, gewöhnlicher Agar, Blutserum, Nährgelatine, Kartoffeln und Bouillon) übertragen, worauf sich für jeden der Nährböden eben so charakteristische Kulturen heranzüchten ließen.

Aus diesen Kulturversuchen ergab sich übrigens auch, dass die gefundene Cladothrix ein entschieden aërober Mikroorganismus ist, der besonders gut bei erhöhter Temperatur (Körpertemperatur) wächst und im Inneren der Nährmassen sehr schlecht fortkommt.

Die mikroskopische Untersuchung der Kulturen ergab auf allen Nährböden gleiche Resultate. Am längsten und schönsten sind die Fäden und ihre Verzweigungen an frischen Kulturen. Je älter die Kultur ist, desto kürzer sind die Fäden, und an diesen erkennt man

die Zusammensetzung derselben aus verschieden langen Zellen, von denen manchmal die apicalen die Größe und Form von kokkengleichen Elementen annehmen, die aber doch nur würfelförmige 0,2 μ große Zellchen vorstellen. Außerdem werden zwischen den langen und kurzen verzweigten Fäden unverzweigte kurze und längere Fäden und die gedachten würfelförmigen, aber isolirten Gebilde gesehen, von denen die ersteren eine gleitende, die letzteren eine sehr lebhafte, wirbelnde Eigenbewegung besitzen.

Das Wachsthum und die Fortpflanzung unserer Cladothrix wurden mittels zweckentsprechender Methoden vorzüglich an den Bouillonkulturen entstammenden Samen studirt. Das Wachsthum erfolgt von den isolirten unverzweigten Fäden und Zellen aus, indem sie länger werden, sich gruppiren und sehr bald Scheinverzweigungen eingehen. Die basalen Enden sind nach einem Centrum, die apicalen nach der Peripherie radiär gerichtet. Durch fortgesetzte Verlängerung und Verzweigung bildet sich ein Sternchen. Sternchen vereinigen sich zu größeren Sternen, bis dass Kolonien werden, die denen auf den Platten gewachsenen auf ein Haar gleichen. Die Fortpflanzung erfolgt dadurch, dass die apicalen Zellen die Zellfäden verlassen, frei werden und in der so eben gedachten Weise fortwachsen.

Die Zusammensetzung der Fäden aus Zellen von 4—8 μ Länge und den würfelförmigen Elementen von 0,2 μ Kante lässt sich namentlich an Hämatoxylin-Eosinpräparaten erkennen, wogegen die Anwendung von Anilinfarben die Darstellung der Scheide der Cladothrixfäden ermöglicht. Dass bei dieser Methode die Zellen in der Scheide nicht gleichmäßig gefärbt erscheinen, spricht dafür, dass sie aus einer nicht gleich färbbaren Substanz bestehen, eine Erscheinung, die übrigens analog ist jener, die z. B. bei Typhus — und Diphtheriebacillen beobachtet werden kann.

Die durchgeführte bakteriologische Untersuchung lehrte, dass der gefundene infektiöse Mikrobe der höchst organisirten Spaltpilzgattung, nämlich der Cladothrix angehört, dass er sich von den bereits gekannten Cladothrixspecies: als der Cl. dichotoma, Cl. Försteri, Cladothrix bei Erysipeloid nach Rosenbach und auch vom Aktinomyces wesentlich unterscheidet, dass er somit eine neue Species der Cladothrix vorstellt, die der eigenthümlichen Sternform ihrer Kolonien wegen als Cladothrix asteroïdes bezeichnet werden könne.

Diese Cladothrix asteroïdes ist aber entschieden pathogen, da namentlich Meerschweinchen, wenn sie mit ihr, nach welcher Art immer geimpft werden, zu Grunde gehen. Weniger, aber doch empfindlich sind Kaninchen; weiße Mäuse sind refraktär. An Ort und Stelle der lokalen Infektion entwickelten sich bei den empfänglichen Thieren lokale Abscesse, die dickwandig und mit dickem, käsig eiterigem, auch bröckligem Inhalt erfüllt sind. Die lokale Infektion führt zu einer sehr typischen miliaren Allgemeininfektion. Diese entwickelt sich bei subkutaner Impfung langsam und tödtet z. B. erst nach 24 Tagen, bei intraperitonealer und intravenöser Impfung

sehr rasch und tödtet nach 12—14 resp. 5—7 Tagen. Die tödliche miliare Allgemeininfektion gleicht einer allgemeinen miliaren echten Tuberkulose. An Ort und Stelle der lokalen Infektion, wie auch in den unzähligen miliaren Tuberkeln sämmtlicher Organe, die quergestreifte Muskulatur nicht ausgenommen, finden sich Fäden und Fadenbüschel in oft unglaublicher Menge. Die Tuberkel selbst sind ausgezeichnet als streng umschriebene Leukocytenherde, die sehr bald nekrotisiren und durch Gruppirung größere Tuberkel bilden.

Demnach ist diese allgemeine miliare Tuberkulose eine Pseudotuberkulosis und ist dieselbe ihres Erregers wegen als Pseudotuberkulosis cladothrichica zu bezeichnen zum Unterschiede von den bereits bekannten Pseudotuberkulosen, die theils durch Kokken (Eberth), theils durch Bacillen (A. Pfeiffer), theils durch Würmer (Ebstein und Nikolaier) hervorgerufen werden.

Die in dem obducirten Falle und den Versuchsthieren gefundenen Veränderungen sind durch einen und denselben Erreger der Cladothrix asteroïdes hervorgerufen worden; doch sind sie, so weit sie vorliegen, nicht identisch. Dort obsolete Veränderungen in Form verkalkter Drüsen und ein chronischer Abscess mit Meningitis spinalis, hier eine Pseudotuberkulose. Dieses Verhältnis hat bei Kenntnis der verschiedenartigen Veränderungen nach Aktinomycesinfektion bei Mensch und Thier nichts Befremdendes. Könnte man nachweisen, dass die Knötchen der Lungen des obducirten Falles auch cladotrichischen Ursprunges sind, dann wäre freilich die Homologie hergestellt. Vielleicht gelingt dies in einem künftigen Falle von Pseudotuberkulosis beim Menschen.

Vor der Hand sei durch diese Mittheilung erwiesen, dass es eine bis nun unbekannt gewesene, für Mensch und Thier pathogene Cladothrix giebt, die beim Menschen eigenthümliche Abscesse, bei Thieren aber eine typische Pseudotuberkulosis hervorruft.

Orig.-Ref.

Browicz (Krakau). Demonstration von Bewegungsphänomenen an rothen Blutkörperchen in schweren anämischen Zuständen.

B. demonstrirt Bewegungsphänomene an rothen Blutkörperchen, welche derselbe bisher in 4 Fällen und zwar in je einem Falle von Anaemia perniciosa und Krebskachexie, einem Fall von suspektem Leberkrebs und einem Fall von Anämie unbestimmbarer Art vorgefunden hat. Dieselben waren sogleich im frischen reinen, dem Kranken eben entnommenen Bluttropfen ohne Anwendung von heizbarem Objekttisch bei gewöhnlicher Zimmertemperatur und ca. 600facher Vergrößerung nachweisbar. Das Blut zeigte in diesen Fällen das Bild hochgradiger Poikilocytose. Die Formveränderungen der Erythrocyten waren äußerst bizarr und zwar fanden sich unter Anderen Blutegel-, Kaulquappen-, Spermatozoen-, birnförmige, manche mit

zwei an entgegengesetzter Seite befindlichen dünnen Fortsätzen, andere sternförmig mit drei oder vier dünnen an den Enden knotenförmig aufgetriebenen Fortsätzen, wieder andere stäbchenförmig. Ihr Diameter betrug 4, 8, 10, ja die mit langen dünnen Fortsätzen versehenen hatten eine Länge von sogar 18 Mikren. Die Fortsätze an den Erythrocyten bestanden aus solider Substanz, theils farbloser, theils gefärbter oder aus perlschnurartig an einander gereihten Kügelchen, eben so die stäbchenartig missgestalteten Erythrocyten.

An diesen missgestalteten Erythrocyten ließen sich dreierlei Bewegungsformen nachweisen: 1) rotirende Bewegung um die Achse des Körperchens, so dass immer ein anderer Theil der Oberfläche zur Beobachtung gelangte, was den Anschein von Kontraktilität darbot; 2) schwingende, pendelartige Bewegung besonders an den mit Fortsätzen versehenen Erythrocyten 3) fortschreitende mit Ortsveränderung verbundene Bewegung. Diese Bewegungen waren manchmal sehr lebhaft, so dass die z. B. stäbchenartigen veränderten Erythrocyten parasitäre Gebilde vortäuschen konnten, wesshalb sie auch ganz passend Hayem, der diese Bewegungsphänomene in 6 Fällen von Anämie verschiedenen Ursprungs beobachtet hat, als Pseudoparasiten bezeichnet.

Sobald die Blutschicht unter dem Deckgläschen (zur Blutuntersuchung werden immer nur in der Gasflamme sterilisirte Objekte und Deckgläschen verwendet und das Präparat unter allen aseptischen Kautelen angefertigt) nicht zu dünn ausfällt und das Blut durch Umrahmung mit Vaselin oder dergleichen vor Verdunstung sorgfältig geschützt ist, lassen sich diese Bewegungsphänomene stunden- ja tagelang beobachten, ohne dass im Blut irgend welche andere bewegliche Gebilde zum Vorschein kommen. Manchmal konnte B. diese Bewegungsphänomene am 4., ja selbst noch am 6. Tage nach Anfertigung an demselben Blutpräparate konstatiren, wobei das Präparat bei gewöhnlicher Zimmertemperatur von 15—20° C. aufbewahrt wurde.

An Trockenpräparaten färbten sich die im frischen Bluttropfen Bewegungsphänomene aufweisenden Gebilde z. B. mit 1%iger wässeriger Gentianalösung intensiv, fast eben so wie die Kerne der Leukocyten.

Dass diese beweglichen Gebilde veränderte Erythrocyten sind und gegen die parasitäre Natur derselben, dafür spricht: 1) der Umstand, dass diese Gebilde in grundverschiedenen Krankheitsprocessen vorfindlich sind, wie Anaemia perniciosa (obwohl dies mehr ein kollektiver Begriff ist), Krebskachexie, Chlorose (wie es z. B. Hayem angiebt); 2) die frappante im höchsten Grade vorfindliche Buntgestaltigkeit der Gebilde in einem und demselben Falle, die parasitäre Gebilde — Malariaplasmodien nicht ausgenommen — nicht aufweisen, so wie die Farbe und ihr ganzes Aussehen; 3) das Bild, welches ein Blutpräparat frischen, normalen Blutes, welches nach dem Vorgange von Talamon plötzlich stark über einer Gasflamme erwärmt wird,

darbietet. Die hierbei auftauchenden monaden-, kugel- und stäbchenförmigen Gebilde und Fortsätze an Erythrocyten, welche, wenn man eine Reihe derart behandelter Präparate durchmustert, manche ähnliche Gestalten wie die im pathologischen Blut vorfindlichen aufweisen und welche Gebilde dieselben und unter denselben Bedingungen andauernden Bewegungsphänomene zeigen. Nebenbei erwähnt ist das tinktorielle Verhalten dieser Gebilde dasselbe, wie der im pathologischen im frischen Zustande ohne jedweden Zusatz irgend einer Flüssigkeit untersuchten Blut vorfindlichen und Bewegungsphänomene aufweisenden Gebilde.

B. hält die besagten Bewegungsphänomene nicht für eine vitale Erscheinung (wie es Hayem erklärt), sondern für Brown'sche Bewegung in Folge vielleicht veränderter Adhäsionsverhältnisse zwischen den ob irgend welcher unbekannter Einflüsse in ihren chemischen Eigenschaften veränderten Erythrocyten und der Serumflüssigkeit. Dafür spricht: 1) der Umstand, dass diese Bewegungsphänomene so lange (während Leukocyten starr daliegen) bei gewöhnlicher Zimmertemperatur sich erhalten können, was mit den Lebenserscheinungen des Protoplasmas, in so fern sie uns bekannt sind, nicht ganz vereinbar ist und 2) dass in dem plötzlich erwärmten Blute auftretende Bewegungsphänomene, die ja doch bei der angewandten Temperatur nicht als Lebenserscheinungen gedeutet werden können, unter denselben Bedingungen auch tagelang beobachtet werden können, wie es B. konstatirte. Orig.-Ref.

M. Sternberg (Wien). Über Sehnenreflexe.

Von den Erklärungen, welche bisher für das Wesen der Sehnenreflexe gegeben worden sind, ist keine vollständig einwurfsfrei. Eine jede von ihnen steht mit der einen oder der anderen Thatsache der klinischen Beobachtung oder des Thierexperiments im Widerspruche.

Der Vortr. berichtet über das Ergebnis seiner Untersuchungen über den Gegenstand. Dieselben bestanden in Thierversuchen, welche mit den Hilfsmitteln des Wiener physiologischen Institutes und unter Kontrolle der Prof. S. Exner und E. v. Fleischl ausgeführt wurden, und aus Beobachtungen an einem Materiale von über 1500 Kranken an der Klinik Meynert und der medicinischen Abtheilung Redtenbacher.

Die experimentelle Untersuchung war zunächst auf das bisher nicht gelöste Problem gerichtet, die Komponenten, aus denen sich die Sehnenreflexe zusammensetzen können, d. h. die Wirkungen der Erschütterung des Muskels, der Sehne, des Knochens, der Gelenkenden etc. von einander vollständig zu isoliren. Dies gelang durch geeignete Versuchsanordnungen.

Auf diese Weise ergab sich, dass die sogenannten Sehnenreflexe aus zwei Phänomenen bestehen, einem Knochenreflex und

einem reinen Muskelphänomen, welches höchst wahrscheinlich gleichfalls ein Reflex ist.

Der Knochenreflex besteht darin, dass ein Stoß auf den Knochen, besonders ein solcher, welcher ihn in der Richtung seiner Längsachse trifft, die Nerven des Periostes und der Gelenkenden erregt, und dies eine Kontraktion sämmtlicher den Knochen beherrschenden Muskeln auslöst.

Der Muskelreflex besteht darin, dass sich ein gespannter Muskel kontrahirt, wenn auf ihn (durch irgend einen gespannten Faden) ein Stoß in der Längsrichtung übertragen wird.

Das Verhalten des Knochenreflexes illustrirt beispielsweise folgender Versuch: Der Unterschenkel eines Kaninchens wird über dem Sprunggelenke amputirt, der Musculus tibialis anticus mit dem Extensor digitor comm. bloßgelegt und zurückgeschlagen, so dass die Muskeln lose daliegen. Nun wird aus der Mitte des Unterschenkelknochens ein Stückchen resecirt, so dass er in 2 Theile zerfällt, von denen der untere nur durch lockere Weichtheile mit dem Körper zusammenhängt. Wird nun die untere Sägefläche beklopft, so zucken die Mm. tibialis antic. und extensor digit. comm., welche nur mit dem oberen Knochentheile zusammenhängen und gleichzeitig damit die übrigen Unterschenkelmuskeln.

Der Muskelreflex wird u. A. folgendermaßen bequem studirt: Die Mm. tibialis anticus und extensor digitor. comm., welche innig mit einander zusammenhängen, lassen sich so weit isoliren, dass sie nur mehr durch einen Strang, in dem Arterie, Vene und Nerv enthalten sind, mit dem übrigen Körper verbunden sind. Das obere Ende wird durch eine Klammer fixirt, um das untere Ende des Muskelkomplexes wird oberhalb des Abganges der Sehnen ein Faden geschlungen und dieser mittels einer zweiten Klammer angespannt. Beklopft man die untere Klammer in der Richtung des Fadens, so zuckt die Muskelmasse.

Die Sehne spielt bei dem ganzen Vorgange nur eine mechanische Rolle. Es lassen sich keine Reflexe auffinden, welche von den Nerven der Sehne entstünden. Eben so wenig lässt sich die vielfach behauptete Existenz von Fascienreflexen nachweisen.

Diese Theorie genügt allen bisher bekannten experimentellen Erfahrungen und lässt sich eben so zur Deutung der verschiedensten klinischen Beobachtungen verwenden.

In Bezug auf die letzteren erwähnt der Vortr. die Frage der cerebralen Hemmungsapparate für die Sehnenreflexe und beweist auf Grund mehrerer Beobachtungen über Hirntumoren, dass solche cerebralen Hemmungsapparate bestehen, durch gewisse Hirnerkrankungen gereizt und durch Lähmung des Hirneinflusses außer Thätigkeit gesetzt werden.

Ein zweiter Punkt, der damit in Zusammenhang steht, ist die Angelegenheit der Kontrakturen. Von diesen sind zwei Gruppen durch das Verhalten der Sehnenreflexe charakterisirt.

Die erste bilden die Kontrakturen, welche nach Herderkrankungen des Gehirns, bei verschiedenen Rückenmarkskrankheiten und bei Gelenksprocessen auftreten. Bei dieser Form sind die Sehnenreflexe stets gesteigert.

Die zweite Gruppe von Kontrakturen sind diejenigen, welche bei großen Hirnhämorrhagien, bei Tumoren und Abscessen des Gehirns, bei Urämie und Meningitis, bei Paralysis agitans auftreten. Bei diesen Kontrakturen besteht niemals Steigerung, sehr häufig Herabsetzung der Sehnenreflexe.

Die Unterscheidung, welche von beiden Formen von Kontrakturen vorliegt, ist manchmal nur durch die Sehnenreflexe möglich und hat in solchen Fällen diagnostischen Werth.

So bestand in einem Falle von anscheinend typischer Hemiplegie in den letzten Wochen des Lebens eine leichte Beugekontraktur des linken Armes, welche sich durch die herabgesetzten Sehnenreflexe als Kontraktur der zweiten Art charakterisirte. Es wurde daher angenommen, dass keine gewöhnliche Blutung oder Erweichung, sondern eine ganz besondere Ursache der Hemiplegie bestehe. Die Obduktion ergab thatsächlich ein Gliom der Centralwindungen.

Zum Schluss betont der Redner, dass er bei Beobachtung aller Vorsichtsmaßregeln, die von Schreiber und Jendrassik für die Untersuchung der Sehnenreflexe angegeben worden sind, viel seltener absolutes Fehlen der Sehnenreflexe gefunden habe, als frühere Untersucher. Speciell bei senilem Marasmus fand sich unter mehr als 100 Fällen niemals dauerndes Fehlen der Patellarreflexe, außer sub finem vitae als proagonales Symptom. Häufig finden sich bei solchen Individuen gesteigerte Patellarreflexe bis wenige Stunden vor dem Tode, und das auch in solchen Fällen, in denen sich bei der Obduktion ausgedehntere Nervendegeneration findet, was mit Rücksicht auf manche neuere Angaben, z. B. von Nonne, bemerkenswerth ist. Orig.-Ref.

Leubuscher (Jena). Über die Beeinflussung der Darmresorption durch Arzneimittel.

Nach den Untersuchungen der letzten Jahre wird die Darmresorption nicht mehr, wie früher, als einfacher physikalischer Vorgang, sondern als eine auf die Funktion der lebenden Epithelzelle zurückzuführende Erscheinung aufgefasst. Dem zufolge müssen alle Einwirkungen, die die Lebensthätigkeit der Zelle beeinflussen, auch die Resorption ändern. Diese Einwirkungen können gesucht werden in einer direkten Beeinflussung des Zellprotoplasmas; in Störungen der Blutcirkulation; in Beeinflussung seitens des Nervensystems. Bezüglich des ersteren Punktes wurden Untersuchungen in der Weise angestellt, dass in eine unterbundene Darmschlinge eines lebenden Thieres eine starke Mineralsäurelösung injicirt wurde und nach er-

folgter Reinigung dann in dieselbe Schlinge eine bestimmte Quantität einer Traubenzuckerlösung gebracht wurde. Dabei zeigten sich die Resorptionsgrößen des Traubenzuckers sehr wesentlich herabgesetzt. Betreffs des zweiten Punktes wurden die zu einer abgebundenen Schlinge im Mesenterium führenden Arterien in dem einen, in dem anderen Fall die Venen unterbunden; einmal also Anämie, das zweite Mal Stauung erzeugt. Bei beiden Arten von Störungen der Cirkulation, namentlich der letzteren Form trat erhebliches Sinken der Resorption von Traubenzucker- oder Jodkaliumlösungen hervor. Das dritte Moment, das des nervösen Einflusses, wurde Mangels eines Abschlusses der diesbezüglichen Versuche bei Seite gelassen.

Nach diesen Vorversuchen erschien es wahrscheinlich, dass auch von Seite einer Reihe von Arzneimitteln sich, auf diesem oder jenem Wege zu Stande gekommen, eine Beeinflussung der Darmresorption geltend machen würde. Zur Prüfung der Resorptionsgröße dienten Jodkalium- und Traubenzuckerlösungen. Als Arzneimittel Chinin, Opium, Morphium, Alkohol, Glycerin; ferner schwache Kochsalzlösungen und Karlsbader Mühlbrunnen. Bei Hunden und Katzen wurden zwei gleichlange Darmschlingen unterbunden; in die eine nun wässrige Jodkalium oder Traubenzuckerlösung, in die andere dieselbe zu resorbirende Lösung mit Zusatz des Arzneimittels injicirt. Die Differenz der resorbirten Mengen in beiden Schlingen wies auf den Einfluss des Medikamentes hin. Da diese Versuchsmethode ziemlich ungenau ist, so wurden die Experimente festgesetzt an Hunden mit Thiry-Vella'scher Darmfistel. Hier konnte an ein und demselben Darmstück mit gleichbleibender Oberfläche die Resorptionsgröße studirt werden.

Es ergab sich aus diesen Versuchen, dass Chinin, Opium und Morphium schon in schwachen Koncentrationen die Resorption herabsetzen. Morphium wirkt in derselben Weise resorptionshindernd, auch wenn es nicht direkt mit der Schleimhaut in Kontakt kommt, sondern subkutan applicirt wird. Alkohol wirkt in schwachen Koncentrationen (0,5%—2,0%) resorptionssteigernd; in größeren Mengen zugesetzt, mehr und mehr die Resorption herabsetzend. Glycerin ist im Wesentlichen indifferent für die Resorption; schwacher Chlornatriumzusatz steigert die Resorption, Karlsbader Mühlbrunnen lässt sie unbeeinflusst. Die an Darmfisteln von Menschen mit Jodkalium angestellten Versuche ergaben, dass das vom Darm aus aufgenommene Jodkalium durch den Speichel später bei starken alkoholischen Lösungen ausgeschieden wird, als bei Injektion wässriger Lösungen.

Wenn Menschen Jodkalium in wässriger, alkoholischer, glycerinigen Lösung, in Karlsbader Mühlbrunnen, oder in Milch tranken, so wurde im Durchschnitt bei mäßigem Alkoholzusatz die im Urin innerhalb einer gewissen Zeit ausgeschiedene Menge gesteigert; bei Glycerin etwa dasselbe Ausscheidungsverhältnis beobachtet wie bei Wasser; Karlsbader Mühlbrunnen erhöhte ebenfalls die ausgeschiedene Jodmenge; Milch setzte sie herab. Orig.-Ref.

Schott (Nauheim). Zur akuten Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung.

S. leitet seinen Vortrag mit einigen Betrachtungen über die chronische Herzüberanstrengung ein. Eine so volle Übereinstimmung bezüglich des Wesens und der Entstehung der letzteren herrsche, so unklar sei noch Vieles betreffs der akuten Überanstrengung, deren Vorhandensein, obgleich durch S. und Andere in pathologischer Hinsicht sichergestellt, dennoch von Einigen vom physiologischen Gesichtspunkte aus in Abrede gestellt werde.

Um nun auch vom physiologischen Standpunkte jeglichen Zweifel zu heben, hat S. experimentelle Untersuchungen angestellt und zwar derart, dass derselbe eine akute Überanstrengung des Herzens bei vollständig gesunden und kräftigen Männern mit Hilfe von bis zur Athemnoth gesteigerten Ringens künstlich hervorrief. Bei einer 2. Versuchsreihe war den ringenden Personen der Leib unterhalb des Rippenbogens mit einem Gürtel während des Ringens zusammengeschnürt, da durch das Hinaufdrängen des Zwerchfells, Pressen der Baucheingeweide und anderer physiologisch bekannter Gründe der intracardiale Blutdruck erhöht, die Herzthätigkeit erschwert wird u. dgl. m.

Es gelang S. auf diese Weise den ganzen Symptomenkomplex, wie derselbe der akuten Herzüberdehnung zu Grunde liegt, hervorzurufen, nämlich: Erhöhung des intracardialen Druckes, Dyspnoe, Arhythmie des Pulses, Tachycardie etc., vor Allem aber eine Ausdehnung des Herzens nach beiden Seiten und zwar sowohl der Ventrikel wie der Vorhöfe; bei der 2. Versuchsreihe konnte die Dilatation sogar ganz bedeutende Dimensionen annehmen. Mit Hilfe von Tabellen, Pulskurven, Pulsdruckmessungen und Herzgrenzenzeichnung wurde dies vom Redner zur Anschauung gebracht.

Redner skizzirte dann eine Anzahl Krankengeschichten, durch welche er zeigte, wie durch Heben schwerer Last, Velocipedfahren, Bergsteigen, Tanzen, insbesondere bei enggeschnürtem Korsett etc., der Symptomenkomplex der akuten Herzüberanstrengung zur Beobachtung kam; derselbe könne bei Gesunden rasch und spurlos wieder verschwinden, dagegen vermögen sich langdauernde, ja die gefahrvollsten und bis zum Tode führenden Zustände einzustellen, wenn das Herz in seiner Ernährung resp. Innervation gestört, oder durch Entartung, Klappenfehler etc. die Herzarbeit schon an und für sich erschwert ist. Eine bei Veterinärmedicinern angestellte Rundfrage ergab, dass auch bei Thieren eine akute Herzüberanstrengung mit ähnlichen Erscheinungen, wie sie beim Menschen beobachtet werden, vorkommt.

Bei der Therapie empfiehlt Redner im Anfange absolute Ruhe und kräftige Ernährung der Kranken, ev. seien Excitantien indicirt. Bei starker Schmerzhaftigkeit in der Herzgegend sei die Anwendung des Morphium oft nicht zu umgehen, doch

habe sich an dessen Stelle auch hier die vom Vortr. empfohlene Hitzeapplikation gut bewährt.

Wenn im späteren Verlaufe der Erkrankung tonisirend auf das Herz einzuwirken sei, erweisen sich neben kräftiger Kost und mäßiger Bewegung in frischer Luft die von S. anderen Ortes ausführlich beschriebenen Bade- und gymnastische Behandlungsmethoden nützlich. Orig.-Ref.

H. Lenhartz (Leipzig). Über das Verhalten der linken Herzkammer bei Mitralstenose.

Vortr. ist durch mehrfache über lange Zeit sich hinziehende Beobachtungen von Kranken mit klinisch reiner Mitralstenose zu einer von der bisherigen Darstellung abweichenden Auffassung über den Zustand des linken Ventrikels bei dieser Störung gelangt. Bisher ist klinischerseits für solche Fälle eine koncentrische Atrophie der linken Kammer angenommen und werden diejenigen Fälle, in denen dieselbe sich nicht findet, als gleichzeitige Mitralinsufficienz u. s. f. als Ursachen des abweichenden Verhaltens beschuldigt. Auch die von Friedreich, Traube und Gerhardt aufgestellten Hypothesen werden vom Vortr. kurz erwähnt.

Vortr. erläutert an einigen Beispielen, dass man auch für die komplicirten Fälle eigentlich nur dann eine kräftige weite linke Kammer erwarten darf, wenn man überhaupt zugiebt, dass auch bei hochgradiger Stenose durch die kompensatorischen Verrichtungen eine mittlere Füllung des linken Ventrikels wohl möglich sei.

Fünf weibliche Kranke, die Vortr. in seiner Poliklinik über Jahre hin beobachtete, litten an klinisch zweifellos reiner Mitralstenose; gleichwohl waren sie im Stande selbst schwere häusliche Arbeiten zu verrichten, legten den Weg zur Poliklinik zu Fuß zurück u. s. f. Dies sollte man ihnen nicht zutrauen dürfen, wenn wirklich jedes Mal eine koncentrische Atrophie des linken Ventrikels bestände. Und in der That ergab die Autopsie, die dem Vortr. bei einer seiner Kranken möglich war, dass trotz höchstgradiger, auch anatomisch reiner Stenose der linke Ventrikel normale Wandstärke darbot.

Diese auch anatomisch gestützte Beobachtung veranlasste den Vortr. von anderer Seite her die Frage zu beleuchten. Aus 13 Jahren stellte Vortr. aus den Listen des Leipziger pathol. Instituts 75 und aus dem Hallenser 22 Fälle von Mitralstenose zusammen, unter denen 61, bez. 16 Fälle als hochgradige zu bezeichnen sind, da das Ostium zwischen Federkiel und Kleinfingerkuppe verengt war, die übrigen 20 als mäßige Stenose anzusprechen sind, da das Ostium noch für einen Finger durchgängig geblieben. Nun zeigte sich, dass bei nur 7 von 98 Fällen koncentrische Atrophie gefunden ist; bei 2 war der linke Ventrikel »verhältnismäßig klein«, sonst meist normal, oder hypertrophisch bez. dilatirt. Als Komplikationen bestanden Insuff.

mitral., Aortenfehler, Pericard., Verwachsungen etc. Bei 34 Fällen war die Stenose so hochgradig, dass die »etwa« bestehende Insuff. mitr. ohne jede Bedeutung war. Absolut sicher war bei 11 von diesen die Insufficienz auszuschließen, und bei diesen anatomisch reinen Stenosen zeigte nur 1 Fall 9 mm, bei den übrigen fand sich meist 1—1,8 cm Wandstärke. Aus diesen Betrachtungen zieht Vortr. den Schluss, dass die Kompensationsvorrichtungen auch für diesen Herzfehler günstiger sind, als bisher angenommen worden. Als wichtige Momente für die ausgiebige Füllung der linken Kammer erblickt Vortr. 1) den mächtigen, vom hypertrophirten rechten Ventrikel bedingten Druck, 2) den Vorhofdruck, 3) die ansaugende Wirkung der linken Kammer, die nach den physiologischen Ergebnissen sichergestellt ist.

Einen weiteren Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung findet Vortr. in der oft überraschenden Wirkung der Digitalis, durch die wir künstlich wieder die frühere Kompensation herstellen. Die Digitalis wirkt nicht nur auf den linken, sondern auch auf den rechten Ventrikel, der zweifellos oft der Ermüdung nahe ist und sich nicht mehr, wie dies doch physiologisch verlangt werden muss, maximal zusammenzieht.

Außer dieser maximalen Kontraktion der beiden Ventrikel ist fraglos auch die Verlängerung der Diastole von Bedeutung, die ebenfalls als Folge der Digitaliswirkung zu beobachten ist, so dass auch nach dieser Richtung die Verhältnisse der klinisch wohlkompensirten Stenose wieder hergestellt sind.

Vortr. demonstrirt alsdann ein Herz, bei dem trotz höchstgradiger schlitzförmiger auch anatomisch reiner Mitralstenose der linke Ventrikel bei mindestens normaler Weite gut entwickelte Kammerwandung darbot. Orig.-Ref.

Hürthle (Breslau). Über den Semilunarklappenschluss.

Der Schluss der Semilunarklappen wurde auf objektivem Wege in der Weise registrirt, dass der Moment bestimmt wurde, in welchem der Druck in der linken Kammer unter den Aortendruck sinkt; erst nach diesem Momente kann der Klappenschluss erfolgen. Die Registrirung desselben geschah mittels eines Differentialmanometers, das mit der Kammer und der Aortenwurzel verbunden wird und beide Druckwerthe gegen einander abwiegt. Das Resultat der an narkotisirten Hunden ausgeführten Versuche ist, dass während der ganzen Dauer der Systole, von der Verschlusszeit abgesehen, der Druck in der Kammer höher ist als in der Aorta, und daraus folgt, dass der Klappenschluss erst am Anfange der Diastole erfolgen kann und eine sog. »Zeit der rückständigen Kontraktion« nicht existirt. Die Zuverlässigkeit der Angaben des Differentialmanometers wird experimentell festgestellt durch entsprechende Versuche an einer künstlichen Klappe, deren Öffnung und Schluss elektrisch registrirt werden kann.

Ferner wird gezeigt, dass die gleichzeitig registrirte Kurve des

Herzspitzenstoßes und Carotispulses beim Menschen ganz übereinstimmen mit den am Hunde gewonnenen Ergebnissen, und daraus der Schluss gezogen, dass auch beim Menschen die Entleerung der Kammer bis zum Ende der Systole dauert und der Schluss der Semilunarklappen erst am Anfange der Diastole erfolgt.

Orig.-Ref.

Peiper (Greifswald). Experimentelle Studien über die Folgen der Ausrottung des Plexus coeliacus.

Dickinson und Schapiro fanden bei der Autopsie von Pat., welche unter den Erscheinungen des Diabetes insipidus verstorben waren, erhebliche krankhafte Veränderungen im Plexus coeliacus und N. splanchnicus major. Dieselben bestanden vornehmlich in einer bindegewebigen Entartung des Plexus und Schrumpfung der verfetteten, pigmentreichen Ganglienzellen. Schapiro glaubte mit um so mehr Recht die bei Lebzeiten bestandenen klinischen Erscheinungen des Diabetes insipidus auf die Funktionsstörungen in dem degenerirten Nervenkomplexe zurückführen zu müssen, als bis dahin die von Pincus, Samuel, Budge und Lamansky angestellten physiologischen Untersuchungen über die Funktionen jener Ganglien seine Ansicht zu unterstützen geeignet waren.

Vor Kurzem sind durch A. Lustig Untersuchungen über die Folgen der Ausrottung jener Ganglien mitgetheilt worden, welche die Anschauungen über die Bedeutung des Plexus coeliacus erheblich modificirt haben. Lustig fand, dass in den ersten Tagen nach der Exstirpation der Harn bei vielen seiner Versuchsthiere zuckerhaltig war; in keinem Falle ließ sich eine Polyurie konstatiren. Hingegen trat Acetonurie und Albuminurie auf. Die Thiere gingen zumeist im Koma zu Grunde. Diarrhoische Stuhlentleerungen wurden in keinem Falle beobachtet.

P. hatte diese Beobachtungen bei 15 Kaninchen nachgeprüft und ist zu folgenden Resultaten gelangt. Die Mehrzahl der Versuchsthiere überlebte den operativen Eingriff. Nur vier gingen an Peritonitis, Shock oder Blutung zu Grunde. Am ersten Tage nach der Operation machten sich die Zeichen tiefster Abgeschlagenheit bemerkbar. Die Nahrungsaufnahme Anfangs spärlich wird erst wieder nach ca. 8 Tagen normal. Die Thiere magerten ab und nahmen auch später trotz gesteigerter Fresslust nicht zu sondern ab. 7 Thiere gingen nach Ablauf von 3—4 Wochen unter den Erscheinungen eines hochgradigen Marasmus ein, die 4 anderen erholten sich und wurden nach Ablauf von 2—4 Monaten getödtet.

In Bezug auf die von anderen Autoren geschilderten Erscheinungen ergab sich, dass keines der Versuchsthiere an Durchfällen erkrankte. Der Stuhl war eher retardirt und hart, so dass die Folgerung zu ziehen ist, dass der Plexus coeliacus auf die quantitative Sekretion des Darmsaftes ohne Einfluss ist. Eben so wenig konnte

eine Polyurie konstatirt werden. Melliturie wurde bei einigen Thieren in den ersten Tagen nach der Operation gefunden. Nur einmal sah P. 14 Tage hindurch eine starke Melliturie bei einem Versuchsthiere, welchem allerdings der N. splanchnicus in der Länge von 2—3 cm mit resecirt war. Weder hier noch bei den anderen Thieren konnte eine Atrophie des Pankreas aufgefunden werden. Die konstant von Lustig beobachtete Acetonurie und Albuminurie wurde nur bei 2 Versuchsthieren in ganz geringem Grade nachgewiesen. Die Differenz dieses Befundes von dem von Lustig angegebenen glaubt Verf. zurückführen zu müssen auf die Verschiedenheit der eingeschlagenen Reaktionen. Während Lustig sich der Reaktionen von Légal und le Nobel bediente, wandte P. die viel genaueren Methoden nach Lieben, Reynolds und Gunning an; des Weiteren wurde die Desinfektion des Operationsfeldes mit Sublimat vermieden.

Als endliche Todesursache nimmt P. den auffälligen Marasmus an, dem die Versuchsthiere nach der Operation anheimfielen. Die erheblichen Störungen in der Verarbeitung und Assimilation der eingeführten Nahrungsmengen müssen aber eines Ausgleiches doch fähig sein, da mehrere Versuchsthiere den Eingriff überlebten. Gewisse Leistungen jenes Ganglienkomplexes scheinen allmählich durch andere nervöse Apparate übernommen zu werden. Tritt aber diese Stellvertretung nicht ein, so verfallen nach den obigen Untersuchungen die Thiere dem Marasmus, in dessem Verlaufe durch den vermehrten Zerfall des Organeiweißes Acetonurie gelegentlich auftreten kann. Orig.-Ref.

W. Winternitz (Wien). Über eine eigenthümliche Gefäßreaktion in der Haut.

Es wird wohl kaum Ihre Verwunderung erregen, wenn ich Ihnen mittheile, dass ich seit vielen Jahren den Vorgängen auf und in der Haut, dem hauptsächlichsten Applikationsterrain für meine therapeutischen Eingriffe meine besondere Aufmerksamkeit zuwende.

Die Reaktion der Haut auf thermische, mechanische, chemische, elektrische und auch psychische Eindrücke habe ich zum Gegenstande eingehender Studien gemacht.

Ich werde heute nur auf ein Ergebnis dieser Untersuchung hinweisen.

Wenn man mit einem stumpfen Gegenstande, einem Fischbeinstäbchen, dem Stiele des Perkussionshammers, oder einer ähnlichen stumpfen Spitze, mit sehr mäßigem Drucke über die Haut hinfährt, am besten an der vorderen Thoraxfläche, so beobachtet man ein sehr verschiedenes Verhalten der Haut. Bald kontrahiren sich an der getroffenen Linie nur die muskulären Gebilde. Man sieht an der Spur der Berührung ein Hervortreten der Haarbälge und Hautdrüsen — Gänsehaut. Die Hautfarbe verändert sich nicht oder wird blasser. Bald zeigt die mechanische Spur eine ganz weiße Verfärbung, bald

wird dieselbe rosenroth, bald zeigt sie eine intensivere Injektionsröthe, die linienförmig circumscript bleibt oder sich auch mehr oder weniger ausbreitet. Diese Erscheinungen folgen dem mechanischen Reize unmittelbar, oder es dauert kürzer oder länger bis sie auftreten und wieder verschwinden. Von all' diesen Differenzen, die auch mannigfaches Interesse darbieten, will ich heute nicht sprechen. Nur auf eine Reaktionsform will ich Ihre Aufmerksamkeit lenken. Sie ist übrigens nicht gerade sehr häufig zu beobachten.

Bei den Individuen, die ich im Auge habe, sieht man, bei ganz leichtem Hinstreifen über die Haut, momentan eine anämische Spur dem Stäbchen folgen. Nach wenigen Augenblicken schon erhebt sich diese anämische Linie über das Niveau der benachbarten Haut, wie ein ödematöser Wulst, wie eine linienförmige Urticariaquaddel. Zu beiden Seiten dieses ganz blassen Wulstes tritt Anfangs ein lebhaft rother Injektionssaum auf. Dieser Saum wird immer breiter.

Er verbreitet sich zungenförmig fortschreitend längs der ganzen Linie, wie etwa ein Flüssigkeitsstreif in einem Fließpapier sich verbreiten würde.

Herr Dr. Bayk, einer meiner Assistenten, hat sehr treffend die Haut, bei der diese Erscheinung zu beobachten ist, als Fließpapierhaut bezeichnet.

Diese Reaktionsweise hält gewöhnlich sehr lange, auch eine halbe Stunde und darüber an, und es wurde diese Erscheinung als Autographismus bezeichnet.

Bei zwei von diesen Fällen beobachtete ich nun eine sehr merkwürdige Erscheinung. Ganz allmählich veränderte sich die Färbung der erythematösen Injektionsröthe. Die ursprünglich sehr lebhafte Röthung wurde entschieden dunkler, um allmählich auf diesem Grunde eine große Zahl deutlich ziegelrother oder zinnoberrother Flecke hervortreten zu lassen.

Es erinnert diese Erscheinung an anderweitig zu beobachtende und beobachtete Gefäßinjektionen in der Haut.

Man beobachtet solche ziegelrothe Flecke oft an der Haut peripherischer Theile an Händen und Füßen, die wiederholt und lange trockener oder feuchter Kälte ausgesetzt waren, an sogenannten erfrorenen Theilen, an Theilen, die Frostballen tragen. In solchen Partien stagnirt das Blut, die Haut ist dunkel geröthet und selbst tief cyanotisch. In der cyanotischen Haut sieht man verschiedengestaltige, kleinere oder größere, zahlreichere oder vereinzelte, zinnoberrothe Flecken auftreten.

Frottirt oder streicht man solche Stellen, so verschwindet die Zinnober-Färbung, eine der gewöhnlichen purpurnen Injektionsröthe ähnliche tritt hervor. Bald nach der Massage wird jedoch wieder die Zinnoberfärbung noch deutlicher wie zuvor erscheinen. Aber auch willkürlich vermag man solch' eigenthümliche Flecken hervorzurufen. Es hat dies schon vor Jahren Auspitz gekannt und beschrieben.

Hemmt man in einer Extremität den venösen Rückfluss, z. B. durch das Anlegen einer Aderlassbinde am Oberarme, so werden Vorderarm und Hand zuerst gleichmäßig cyanotisch. Besteht nun diese Cyanose durch längere Zeit — 10—20 Minuten genügen fast immer —, so bemerkt man gewöhnlich an den tief dunkelsten Partien das Auftreten zuerst kleinerer, bald größerer deutlich ziegelrother oder zinnoberrother Flecken.

Auch diese lassen sich durch Massage oder Streichung vollständig verdrängen. An der massirten Stelle schwindet auch die Cyanose, die auftretende Injektionsfarbe wird die gewöhnliche lebhafte purpurne Injektionsröthe. Doch ist dabei öfters eine Ausnahme zu beobachten. Unter der Einwirkung des Erstickungsblutes scheinen die Gefäßwände, namentlich die Vasokonstriktoren, sehr erregbar geworden und beantworten die Massage mit einer ziemlich lange nachhaltenden spastischen Kontraktion, die sich als weißer blutloser Fleck zu erkennen giebt.

Die Stellen der Zinnoberflecke selbst erscheinen jedoch nicht blass, sondern purpurn, um bald wieder die frühere Färbung anzunehmen.

Ich habe zahlreiche Anhaltspunkte dafür anzunehmen, dass diese Zinnoberfärbung, die viel Ähnlichkeit hat mit der Farbe, die ein Blutkuchen an seiner Oberfläche der Luft ausgesetzt annimmt, oder in sehr dünner Schicht der Luft ausgesetztes Blut zeigt, in derselben Weise entstehe.

Es sind in den oberflächlichsten Hautkapillaren stagnirende rothe Blutkörperchen, welche durch die Haut hindurch CO_2 abgeben und O aufnehmen, durch die Haut hindurch respiriren, durch die Haut hindurch arterialisirt werden. Es ist diese Beobachtung ein Beweis der respiratorischen Hautfunktion. Der Umstand, dass der auf die Massage folgende Gefäßkrampf nur die cyanotischen Gefäße betrifft, die mit arterialisirtem Inhalt verschont, scheint mir eine wichtige Stütze meiner Anschauung.

Interessant und von einiger klinischer Wichtigkeit scheint mir, dass die deutliche Erscheinung der Zinnoberflecke stets auf eine beträchtlich verlangsamte Cirkulation zu schließen berechtigt.

Die geschilderte Erscheinung des Autographismus ist mir in exquisiter Form, in letzter Zeit in 3 Fällen zur Beobachtung gekommen. Alle 3 Fälle hatten schwere Influenza überstanden, alle 3 Fälle boten auf den leichtesten mechanischen Reiz hin die ödematöse Schwiele, zwei derselben die Fließpapierhaut, mit der erythematösen Ausbreitung der Injektionsröthe zu beiden Seiten derselben, die sich in Zinnoberfärbung verwandelte, dar. Der 3. Fall zeigte auf das leiseste Hinstreifen über die Haut, linienförmig an der gereizten Stelle angeordnete Extravasate, die sich schnell zinnoberfarbig veränderten.

In letzterem Falle beobachtete ich und die Kollegen, die anwesend

waren, eine Erscheinung, die ich am Lebenden noch nicht gesehen hatte.

Ließ man den Kranken die Rückenlage einnehmen, so wurde der ganze Rücken, so weit er unterhalb der Kopflehne hohl lag, areolar cyanotisch injicirt. Auch der ganze nach abwärts gerichtete Rand der äußeren Ohrmuschel wurde dabei blauschwarz geschwollen.

Erscheinungen hochgradiger Herzschwäche, Athemnoth, Leberschwellung waren in den zwei ersten Fällen der objektive Befund, in dem letzten war eine Herzklappeninsufficienz an der Mitralis und schwere Störung der Kompensation die Grundlage.

Der Autographismus und die Zinnoberfärbung der Hautinjektion scheinen mir klinisch verwerthbare Zeichen einer großen Durchlässigkeit der Gefäßwände, extrem verlangsamter Cirkulation und Beweis für den respiratorischen Gasaustausch durch die unverletzte menschliche Haut. Orig.-Ref.

Dolega (Leipzig). Zur Ätiologie der Malaria.

D. berichtet über die Ergebnisse seiner Blutuntersuchungen bei Malaria (Febris intermittens tertiana) als Beitrag zu der bisher beschränkten Zahl von diesbezüglichen Mittheilungen deutscherseits.

Der Vortr. beobachtete in den rothen Blutscheiben eigenthümliche Gebilde, welche ganz einem Theile der von den italienischen Autoren, besonders von Marchiafava und Celli abgebildeten glichen. Er konnte 2 Arten von Einschlüssen unterscheiden:

1) Überwiegend zahlreich, d. h. in jedem Gesichtsfelde mehrere helle, scharf kontourirte Figuren (Kugel-, Ovalhörnchen und Ein- und Zweifortsatz, so wie ganz unregelmäßige Formen), welche aber nur in frischen Blutpräparaten charakteristisch sichtbar, in Trockenpräparaten nicht mehr erkennbar und nicht färbbar waren. Dieselben gaben gute Mikrophotogramme, von denen der Vortr. eine Anzahl vorzeigte.

2) Weniger zahlreiche, d. h. in jedem 2. oder 3. Gesichtsfelde 1—2mal sich findende, meist pigmentirte, unregelmäßig gestaltete, im Trockenpräparate sich erhaltende und mit Methylenblau sich färbende, zart umschriebene Einschlüsse, welche bisher in ungefärbten Präparaten nicht zur mikrophotographischen Darstellung gebracht werden konnten. An letzteren Gebilden konnte D. im hängenden Tropfen auf dem heizbaren Objektträgertische amöboide Formveränderungen wahrnehmen. Außerdem fanden sich frei im Plasma helle Kugeln und pigmenthaltige Protoplasmaformen, welche an die Segmentationsfiguren der italienischen Autoren erinnerten. Geißelkörperchen hat er nicht beobachtet.

Nach Darreichung von Chinin blieben die sub 1 genannten Veränderungen der rothen Blutscheiben noch eine Zeit lang bestehen, nahmen aber an Zahl und Mannigfaltigkeit allmählich ab. Die sub 2 genannten Formen konnten nicht mehr gefunden werden.

D. stellte nun vergleichende Blutuntersuchungen an und fand vereinzelt im Blute Gesunder, spärlich bei Phthisikern, reichlich bei Typhus, Scharlach, anämischen Zuständen (Chlorose etc.), besonders aber bei Carcinom und Scorbut Veränderungen der rothen Blutscheiben, welche den sub 1 beschriebenen ganz ähnlich waren. Auch freie helle Kugeln waren vorhanden. Vereinzelt fand er bei Scharlach auch pigmenthaltige Einschlüsse. Von sehr deutlichen Veränderungen bei Carcinom und Scorbut wies der Vortr. ebenfalls Mikrophotogramme vor.

Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt D. annehmen zu müssen, dass

die sub 1 bezeichneten Formen, wie sie sich bei Malaria besonders reichlich vorfanden, und welche einem Theil derer vollkommen glichen, welche von Marchiafava und Celli so wie anderen Autoren als die hyalinen Plasmodienformen beschrieben und abgebildet sind, wie sie sich aber auch bei anderen pathologischen Zuständen nachweisen ließen, nur als Alterations- und Disgregationsprodukte der rothen Blutscheiben und nicht für Malaria specifisch anzusehen seien;

die sub 2 beschriebenen Einschlüsse allein charakteristisch für Malaria aufgefasst werden könnten. In denselben nun, eben so wie in den freien Formen Parasiten anzunehmen, habe etwas Verlockendes, aber der Schluss sei auf Grund der bisherigen Arbeitsergebnisse noch nicht berechtigt, weil nicht einwandsfrei bewiesen. Über die Natur derselben lasse sich noch nichts Bestimmtes sagen.

Orig.-Ref.

A. Rothziegel (Wien). Über Strophanthin.

Der Vortr. berichtet zuerst über die von ihm in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Roderich v. Koralewski im Jahre 1887/88 auf der Abtheilung des Herrn Professor Drasche im Wiener k. k. allgemeinen Krankenhause mit dem im Mai 1887 in den Handel gebrachten Merck'schen Strophanthin angestellten Versuche, welche auch durch mit einem Präparate derselben Provenienz im Jahre 1890 vorgenommene Kontrollexperimente bestätigt werden konnten.

Die Einzeldosis des Mittels betrug bei diesen Beobachtungen 0,0002—0,0003; die Tagesdosis $1^1/_2$—3—5 mg. Das Medikament wurde entweder in der Form von Tropfen nach der Formel: Rp. Strophanthini 0,003—0,005, Aquae destillatae oder Aquae laurocerasi 10,0 S. 2stündlich 10—20 Tropfen oder in Gestalt von Kapseln à 0,0003 Strophanthin angewendet, manchmal auch in Form von hypodermatischen Injektionen à 0,0005 mg.

Resultate: 1) Das Cirkulationssystem wird in evident günstigem Sinne beeinflusst. Die Wirkung besteht vorzüglich in einer Kräftigung und Regelung des Pulses, welche erstere schon nach geringen Gaben (0,0002—0,0003) in meist ganz kurzer Zeit (5—10 Minuten)

eintritt. Später erst erfolgt die Beeinflussung der Pulsarhythmie, meist erst am zweiten oder dritten Tage der Verabreichung des Mittels. Sie tritt im Allgemeinen später ein, als nach Anwendung der Digitalis, hält aber bei Fortgebrauch des Mittels durch bedeutend längere Zeit an und dauert auch nach dem Aussetzen desselben noch durch einige Zeit fort.

2) Insbesondere werden die bei den verschiedenen organischen Erkrankungen des Herzens auftretenden Beschwerden, nämlich die Dyspnoë und das Herzklopfen durch Strophanthin in günstigem Sinne beeinflusst. In der Regel werden die Athembeschwerden früher zum Verschwinden gebracht, als das Herzklopfen. Bei sogenannten nervösen Herzpalpitationen ist eine andauernde Wirkung mit Sicherheit nicht zu konstatiren.

3) Die Harnsekretion wird nach Einnahme von Strophanthin bei Verminderung der Diurese in Folge von ungenügender Herzarbeit entschieden gesteigert; doch tritt die Vermehrung des täglichen Harnquantums oft erst nach durch längere Zeit fortgesetztem Gebrauche ein. Auch werden durch Strophanthin in der Regel nicht so hohe Harnmengen erzielt, als durch Digitalis oder Tinctura Strophanthi. Die Steigerung der Diurese hält auch nach dem Aussetzen des Strophanthins noch durch mehrere Tage an und scheint nur durch Hebung des Blutdruckes, nicht durch direkte Einwirkung auf die Nieren zu Stande zu kommen. Reizerscheinungen von Seite der Nieren wurden nicht beobachtet.

4) Gastrische Störungen traten auch nach langem Fortgebrauche des Mittels nur in äußerst seltenen Fällen ein; und wenn dies der Fall ist, wird Strophanthin in Kapseln gut vertragen. Dagegen wurde wiederholt Steigerung des Appetites bei Anwendung des Präparates beobachtet. Das Verhalten des Stuhles wird durch Darreichung des Strophanthins nicht beeinflusst. Auch die Schweißsekretion wird nicht vermehrt.

5) Das Nervensystem wird nur auf indirektem Wege, nämlich durch Regelung und Kräftigung der Herzarbeit beeinflusst.

6) Eine kumulative Wirkung wurde nach Anwendung des Strophanthins nicht beobachtet. Das Mittel kann durch drei Wochen ohne Schaden fortgegeben werden.

7) Subkutane Injektionen von wässerigen Lösungen in der Dosis von 0,0005 bewirken in Fällen von Herzschwäche eine rasche und andauernde Kräftigung des Pulses und haben, wenn sie unter streng antiseptischen Kautelen ausgeführt werden, keine lokalen oder allgemeinen Reizerscheinungen zur Folge.

8) Im Vergleiche mit Tinctura Strophanthi muss der letzteren im Allgemeinen der Vorrang vor dem Strophanthin eingeräumt werden. Die Tinktur wirkt sicherer, rascher und energischer als das Strophanthin. Das letztere gilt namentlich in Beziehung auf die Diurese. Da es jedoch Fälle giebt, in welchen sowohl Tinctura Strophanthi und Digitalis, als auch die anderen Herzmittel nicht

vertragen werden, wohl aber Strophanthin, so ist das letztere als ein gutes Ersatzmittel der Tinctura Strophanthi zu bezeichnen. — Es wurden sogar Fälle beobachtet, in welchen alle bekannten Herzmittel versagten, während die Darreichung von Strophanthin von gutem Erfolge begleitet war.

9) Die Indikation für die Anwendung des Strophanthins bei Klappenfehlern mit und ohne Affektion des Myocardiums, so wie bei organischen Affektionen des Herzmuskels allein wird durch die Insufficienz der Herzarbeit und die daraus resultirenden Folgeerscheinungen gegeben. Auch bei akutem und chronischem Morbus Brightii, so wie bei Pleuritis bewirkt Strophanthin eine Steigerung der Diurese nur dann, wenn dieselbe in Folge von ungenügender Herzarbeit vermindert ist. Bei tuberkulöser Pleuritis ist es wirkungslos.

Zum Schluss giebt der Vortr. eine kurze Übersicht der Litteratur über Strophanthin seit Beginn des Jahres 1888 mit ausführlicherer kritischer Besprechung der in Frankreich angestellten Beobachtungen.

Orig.-Ref.

J. Jacob (Cudowa). Blutdruck und Pulsgröße im lauen bezw. kohlensauren Bade und deren Bedeutung fürs Herz.

Die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Blutwelle und der Blutdruck sind zwar kein absolutes, wohl aber ein proportionales brauchbares Maß der Wegstrecke, welche das Blut der Arterie in der Zeiteinheit zurücklegt; aber nur unter der Voraussetzung, dass das Lumen des Gefäßes dasselbe bleibt.

Durch Veränderung des Lumens werden die gefundenen Werthe unbrauchbar, nur durch Messung des Lumens bezw. der proportionalen Größe desselben, nämlich der Pulswelle, ist es möglich jene Werthe richtig zu stellen, die Menge des das Rohr passirenden Blutes aus der Geschwindigkeit bezw. Wegstrecke und dem Lumen zu ermitteln.

Die letzte Größe hat man bisher am Menschen nicht bestimmt. Sie muss aber stets gleichzeitig mit den anderen ermittelt werden, wenn Irrthum ausgeschlossen werden soll.

Das Sphygmometer ermangelt einer Skala zum Ablesen der Pulshöhe und ist nur für sehr bedeutende Pulsgrößen verwendbar. Für feinere Messungen hat sich dem Vortr. das Manometer von Basch als brauchbar erwiesen. Die zur Bestimmung des Quecksilberdrucks vorhandene Skala dient auch zum Ablesen der Pulshöhe bezw. der maximalen Ausschläge des Zeigers, welche mit dem Lumen der Radialarterie von 0,5—10 mm wechseln können.

Es wurde so ermittelt, dass der Blutdruck im Wasserbade von 29—28° R. sinkt und das Lumen der Arterie sich entsprechend oder auch mehr als das erweitert. Es war nicht mit voller Gewissheit die Geschwindigkeit des Blutes zu ermitteln. Dagegen hatte Vortr. schon früher durch Messung der Temperatur der Haut und des Körperinneren festgestellt, dass hier eine Beschleunigung der Cirku-

lation vorhanden ist, indem die erstere um eben so viel stieg als die des Inneren sank.

Im kohlensauren Bade von 29° R. wurde der Blutdruck bald unter Erweiterung der Gefäße erniedrigt, bald unter ihrer Verengerung erhöht gefunden. Eine in Folge dessen stark vermehrte Zahl der Beobachtungen und das daraus berechnete Mittel ergaben, dass der Blutdruck unter Erweiterung des Gefäßlumens steigt. Schon früher hat Vortr. mit dem Thermometer erwiesen, dass das kohlensaure Bad von 29° R. das gewöhnliche um das Doppelte in Beschleunigung der Cirkulation übertrifft. Es war aber noch nicht sicher, ob hieran nur die Erweiterung der Gefäße oder auch das Herz mitwirke. Letzeres ist somit erwiesen.

Auch nach beiden Bäderarten ist das Gefäßlumen absolut vergrößert, während der gesteigerten Verdunstungsperiode der Blutdruck unter relativer Verengerung des Lumens erheblich gestiegen, später normal, d. h. die Leistung des Herzens gewachsen.

Außerdem erzeugen diese Bäder ein sehr lebhaftes Spiel der Vasomotoren mit dem erwähnten Überwiegen der Erweiterung des Lumens.

Es wird durch dieselben die Herzarbeit verringert, das Herz selbst geschont, im kohlensauren Bade und nach beiden Bäderarten außerdem die Aktion des Herzmuskels reflektorisch gesteigert, was schon daraus hervorgeht, dass der Druck durch die Erweiterung der Gefäße nicht sinkt. Durch das Steigen desselben im Bade beweist das kohlensaure Bad eine bedeutende Überlegenheit über das gemeine Wasser in Beziehung auf Steigerung der Herzkraft. Früher hatte Vortr. gezeigt, dass das durchs kühlere Süßwasserbad bewirkte Sinken der Pulsfrequenz durch die Kohlensäure um 50% neutralisirt wird, und dadurch die reflektorische Reizung des Accelerator cordis bewiesen. Dass die Pulsverlangsamung im gemeinen Wasser ein Vagusreiz ist, hat er ebenfalls zuerst dargethan. Er glaubt somit die Balneotherapie des Herzkranken aus dem Bereich der Mystik in das Licht der physiologischen Thatsachen gerückt und hofft, dass die diätetischen Heilmethoden immer mehr zur Geltung kommen und die Digitalis auf ihre Domaine, die akute gefahrvolle Herzschwäche, beschränken werden. Orig.-Ref.

Richard Stern (Breslau). Über die Wirkung des menschlichen Blutes und anderer Körperflüssigkeiten auf pathogene Bakterien[1].

Durch die Versuche von Nuttall, Nissen, Buchner u. A. ist nachgewiesen, dass defibrinirtes Blut und Blutserum von Hunden

[1] Dieser Vortrag, welcher wegen Zeitmangels nicht mehr gehalten werden konnte, ist uns im Auszuge behufs Veröffentlichung seitens des Herrn Verf. zugegangen. Red.

und Kaninchen gewisse Bakterien zu vernichten im Stande ist. Verf. hat mit Hilfe derselben Versuchsmethodik, wie die genannten Autoren, menschliches Blut (durch Schröpfen unter aseptischen Kautelen gewonnen), so wie Exsudat- und Transsudatflüssigkeiten auf diese Eigenschaft hin untersucht und gefunden, dass dasselbe einige pathogene Bakterien (bes. Bac. Chol. asiat. und Bac. Typh. abdom.) sehr energisch abtödtet, während es auf andere (Diphtherie-, Milzbrandbacillus, die verschiedenen Eiterkokken) nur wenig oder gar nicht schädlich wirkt, vielmehr meist einen günstigen Nährboden für dieselben darstellt. Das Blut bei akuten Infektionskrankheiten (Typh. abdom., Pneumonie) hat die Wirkung auf die erstgenannten Bakterienarten nicht verloren; eben so wenig geschieht dies nach längerem Erwärmen des Blutes außerhalb des Organismus auf 39—41°.

Ob das lebende, intravaskuläre Blut dieselbe Wirkung auf Bakterien hat, wie das defibrinirte, konnte durch Thierexperimente bisher noch nicht mit völliger Sicherheit entschieden werden; immerhin wird dies durch den Umstand sehr wahrscheinlich gemacht, dass auch die, aus dem Blutplasma intra vitam hervorgegangenen serösen Transsudate, welche wenigstens während der Versuchsdauer keine Gerinnung zeigen, die nämliche Eigenschaft zeigen.

Dass Blut und seröse Flüssigkeiten nicht im Stande sind, Eiterkokken zu tödten, steht in völligem Einklang mit den Erfahrungen der Chirurgie und der inneren Klinik (Vereiterung von Exsudaten nach Punktion mit einem unreinen Trokar).

Hinsichtlich der übrigen aus den Versuchsergebnissen zu ziehenden Folgerungen sei auf das Original so wie auf die demnächst in der Zeitschrift für klin. Medicin erscheinende ausführliche Mittheilung derselben verwiesen. Orig.-Ref.

Statuten-Änderung,

betreffend die Wahl des Versammlungsortes für künftige Kongresse.

Vor Eintritt in die Tagesordnung der fünften Sitzung (Donnerstag den 17. April) theilte der Vorsitzende, Herr Baeumler, einen Antrag auf Statutenänderung mit, dahin gehend, dass die künftigen Versammlungen des Kongresses alle zwei Jahre in Wiesbaden, in den dazwischen liegenden Jahren abwechselnd in Berlin, München Leipzig und Wien stattfinden sollen. Zur Begründung des Antrages erhält das Wort:

v. Ziemssen (München). M. H. Gestatten Sie mir einige Worte zur Begründung dieses unseres Antrages. Sieben Jahre lang hat unser Kongress seine Jahresversammlung in Wiesbaden abgehalten, und die schöne Bäderstadt hat unter den Mitgliedern so große Sympathien gefunden, dass es Manchem derselben schwer werden wird, sich mit dem Gedanken vertraut zu machen, welcher

in dem vorliegenden Antrag zum Ausdruck gekommen ist. Ich selbst hege — ich gestehe es ganz offen — so große Vorliebe für Wiesbaden, dass ich, wenn ich nur dieser meiner Sympathie Folge geben wollte, nur sehr ungern einer definitiven Änderung der bisherigen Ortswahl zustimmen würde.

Allein, m. H., der medicinische Kongress darf sich nicht von persönlichen Sympathien seiner Mitglieder für Orte und Menschen leiten lassen. Er hat höhere Pflichten zu erfüllen, größeren Zielen nachzustreben. Er soll in erster Linie die Wissenschaft um ihrer selbst willen hegen und pflegen; aber er soll daneben auch die Medicin in der Ausübung ihrer humanitären Aufgaben fördern, er soll die praktische Heilkunde bereichern und die ärztlichen Kreise belehren, anregen und erfrischen. Will der Kongress diesen Aufgaben gerecht werden, so muss er auch seine Jahresversammlungen allen Ärzten deutscher Zunge in gleichem Maße zugänglich machen. In Wiesbaden waren es doch vorwiegend die westdeutschen Ärztekreise, welche den Stamm der Mitglieder und Theilnehmer bildeten. Eine gleiche Berücksichtigung sind aber auch die Ärzte des nördlichen und besonders des nordöstlichen Deutschlands berechtigt zu beanspruchen, denen es bisher nur mit großen Opfern möglich war, sich an unseren Sitzungen zu betheiligen; ein gleiches Recht nehmen auch die süddeutschen und die ostdeutschen Ärzte in Anspruch.

Aber noch mehr, m. H.! Der Kongress will auch freundnachbarlichen Rücksichten entsprechen. Unser Kongress trägt freilich nicht den Charakter eines internationalen, aber er betrachtet es doch als eine seiner Aufgaben, zu den Nachbarnationen freundschaftliche Beziehungen auf dem neutralen Boden der Wissenschaft zu pflegen und zu unterhalten, Beziehungen, welche ja schon längst in der Theilnahme werther Kollegen aus dem Auslande ihren Ausdruck gefunden haben und auch heute durch die Anwesenheit überaus zahlreicher Gäste aus Österreich-Ungarn, Italien, Russland und Holland ihre erfreuliche Bestätigung finden.

Endlich, m. H., hat der Kongress auch Pflichten gegen sich selbst zu erfüllen. Sein eigenstes Interesse fordert es gebieterisch, dass er nicht Halt mache in seiner Entwicklung, sondern dass er stetig wachse und sich immer von Neuem verjünge. In stiller Arbeit, fern vom Getöse der großen Welt, hat der Kongress seine Jugendjahre in Wiesbaden zugebracht. Jetzt aber ist er zum kräftigen Jüngling erstarkt, der seine Glieder rühren und die Welt sehen will. Aus neuem Boden soll er immer wieder neue Kraft schöpfen, und frisches Blut soll ihm aus immer neuen Kreisen der ärztlichen Welt zufließen.

M. H. Das sind die Aufgaben und Pflichten unseres Kongresses, das die Gründe, welche uns zu dem Vorschlage veranlasst haben, die Wahl des nächstjährigen Versammlungsortes nicht wie bisher alljährlich vorzunehmen, sondern die ganze Ortsfrage ein für allemal zu regeln.

Der großen Sympathie, welche sich Wiesbaden erworben hat, soll dadurch Ausdruck gegeben werden, dass wir jedes zweite Jahr wieder dorthin wandern. Im Übrigen wollen wir zwischen den Centralstätten unserer deutschen medicinischen Wissenschaft in regelmäßigem Turnus wechseln. Den treuen Mitgliedern des Kongresses, welche demselben von Anbeginn an unentwegt anhänglich und mit dem lieben Wiesbaden verwachsen sind, wird es vielleicht schwer werden, unserem Antrage zuzustimmen, aber sie werden den höheren Aufgaben des Kongresses — das bin ich überzeugt — dieses Opfer bringen. — Ihnen aber, meine Herren Collegen, die Sie in so großer Zahl und mit so regem Interesse an unseren Verhandlungen sich betheiligt haben, Ihnen rufe ich zu: Auf Wiedersehen in Wien im Jahre 1898! — Orig.-Ref.

Nach Befürwortung durch Nothnagel (Wien) wird der obige Antrag einstimmig angenommen.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 28. **Sonnabend, den 12. Juli.** **1890.**

Inhalt: 1. **Tappeiner**, Fluornatrium. — 2. **Chauveau**, Transformismus der Bakterien. — 3. **Rummo** und **Bordoni**, Toxische Eigenschaften des Blutserums. — 4. **v. Ziemssen**, Scharlach. — 5. **Löwenfeld**, Traumatische Neurosen. — 6. **Schütter**, Kopfschmerz. — 7. **Mann**, Leitungswiderstand bei Untersuchung der faradischen Erregbarkeit.

8. **Galvagni**, Galopprhythmus über den Carotiden. — 9. **Bassi**, Lebercirrhose und chronische Peritonitis. — 10. **Kusnezow** und **Hermann**, 11. **Delépine**, 12. **Kowalski**, 13. **Pantlen**, 14. **Haug**, 15. **Socor**, 16. **Revilliod**, 17. **Pick**, 18. **Bartels**, 19. **Becker**, 20. **Metz**, 21. **Krause**, 22. **Lunz**, 23. **Antonin**, Influenza und ihre Komplikationen. — 24. **Neumann**, Vaginalschleimhaut.

Bücher-Anzeigen: 25. **G. Klemperer**, Grundriss der klinischen Diagnostik.

1. H. Tappeiner. Zweite Mittheilung über die Wirkungen des Fluornatriums.

(Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie Bd. XXVII. p. 108.)

Von dem Bromnatrium ist durch Versuche an gesunden und kranken Menschen erwiesen, dass es in Gaben, bei denen das Chlornatrium noch wirkungslos bleibt, Müdigkeit, Anwandlung von Schläfrigkeit, Verminderung der Reflexerregbarkeit des weichen Gaumens bis zur Anästhesie desselben, Verlangsamung des Sprechens und Schwerfälligkeit im Denken erzeugt; die Versuche an Thieren ergaben ebenfalls Erscheinungen der beginnenden Narkose, wenn auch nicht so deutlich wie die am Menschen. Bromkalium wirkte wie Bromnatrium, Chlorkalium ließ das Sensorium bis auf leichten Kopfschmerz frei. Bei epileptischen Kranken leistete das Bromnatrium dasselbe wie das Bromkalium.

Das Fluornatrium zeigt Ähnliches, wie das in drei im vorigen Jahre erschienenen Arbeiten übereinstimmend dargelegt wurde (vgl. dieses Centralblatt 1889 p. 297). Dieselben beziehen sich freilich nur auf Thiere und es ist fraglich, ob ihr Inhalt je am Menschen

verwerthet werden kann, weil heftige und unerwünschte Nebenwirkungen vorhanden sind; allein wissenschaftlich erweitert das vom Fluornatrium Gefundene unseren Ausblick, weil Brom und Fluor der gleichen chemischen Gruppe angehören.

T. hatte die narkotischen Wirkungen, welche das Fluornatrium bei Warmblütern hervorbringt, »hauptsächlich« und »wesentlich« als Folgen der Lähmung der Gefäßnervencentren aufgefasst. Durch sie, so schloss er, sinke der Blutdruck und das erzeuge Schwäche, Sopor und Ohnmacht. Seine vorliegende erneute Untersuchung konstatirt indess (p. 117), dass »eine unverkennbare Unlust zu willkürlichen Bewegungen, insbesondere zu solchen größeren Umfangs (Ortsveränderungen), die meist nur noch auf äußere Veranlassung auftreten«, ferner, dass »Abnahme der Reflexerregbarkeit« schon vorhanden ist zu einer Zeit, in welcher der Blutdruck noch keine Spur von Abnahme zeigt; und der Verf. findet die Annahme berechtigt, dass »es sich in dem geschilderten Zustande um eine unmittelbare Wirkung des Fluornatriums auf das centrale Nervensystem handle«. (Das ist also genau dasselbe, was ich in meiner Besprechung der ersten Experimente T.'s vorausgesetzt hatte. T. selbst hat durch seine erneuten Versuche die Berechtigung meines Einwandes dargethan. Dies überhebt mich der, wenn auch geringen Mühe, die Unrichtigkeiten seiner mir geltenden Randbemerkungen noch eigens zu widerlegen; sie sind unter solchen Umständen ganz gleichgültig.) Weitere kleine Gaben verstärkten jene Wirkungen, so dass stärkere Reize nöthig waren, um Ortsveränderungen der Thiere hervorzurufen, und dass überhaupt die Zeichen der Ermüdung noch deutlicher hervortraten. Zugleich Störung der Athmung, Muskelzittern und Krämpfe; die Erregbarkeit der vasomotorischen Centralorgane hat bereits so abgenommen, dass Erstickung von $^3/_4$ Minuten Dauer sie nicht mehr genügend beeinflusst; gleichwohl hält der »Blutdruck noch die normale Höhe«.

Noch weitere Gaben Fluornatrium setzten dann endlich auch den Blutdruck bedeutend herab — wie das wohl bei allen zuerst das Großhirn lähmenden Giften der Fall ist[1] —; und vollendeten gleichzeitig unter Lähmen der Athmung, welches nach T. die Todesursache bei Vergiftung durch Fluornatrium ist, das Bild der ursprünglichen und unmittelbaren Lähmung des Gehirns.

Von weiterem Interesse sind die Versuche über die unmittelbare Beeinflussung der lebenden Zellen durch das Fluornatrium. Lösungen von Hühnereiweiß und Blutserum blieben auf Zusatz von Fluornatrium klar und anscheinend unverändert; die länger andauernde Berieselung eines Kaninchenauges jedoch mittels einer 2%igen neutral reagirenden Lösung bewirkte innerhalb 20—30 Minuten eine

[1] Vgl. u. A. meine experimentellen Untersuchungen: »Über den arteriellen Druck bei Morphiumvergiftung« in der Deutschen med. Wochenschr. 1879 No. 48 und 49 und 1880 No. 13.

Entzündung der ganzen Bindehaut und eine Trübung der Hornhaut. Längere Dauer der Berieselung erzeugte nekrotische Defekte und spätere Narbenbildung. Die Natriumsalze der drei übrigen Halogene, in viel stärkerer Weise zur Anwendung gebracht, erregten nur Röthung des Auges. Ferner: Lösungen des Salzes von 0,1—5% hemmten deutlich oder unterdrückten das Wachsthum der verschiedensten Kokken und Bakterien. **C. Binz** (Bonn).

---

2. **A. Chauveau.** Transformisme en microbiologie, Variabilité du bacillus anthracis.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. T. I. No. 6.)

Die ungemein geistreiche Arbeit ist in allgemein biologischer, bakteriologischer und praktischer Hinsicht von gleicher Bedeutung. Zunächst setzt sich C. das Ziel, den Milzbrandbacillus durch fortgesetzte Abschwächung so weit zu verändern, dass er nicht nur seine pathogene, sondern auch seine vaccinirende Fähigkeit gegenüber Thieren, die er in nicht abgeschwächtem Zustand tödtet, verliert. Dieser Erfolg, der die Schaffung einer neuen Species bedeuten würde, wird nicht erreicht. Es erzeugt komprimirter Sauerstoff eine Vaccine, welche Thiere nicht mehr tödtet; noch weiter angewendet, tödtet er aber den Bacillus, anstatt ihn nur seiner charakteristischen Eigenschaften zu berauben.

Der nicht mehr virulente Milzbrandbacillus bleibt in allen folgenden Generationen konstant, in seinem Wachsthum zeigt er höchstens in der Sporenbildung kleine Verschiedenheiten von dem virulenten Bacillus. Die weniger starken Vaccins, die zwischen dem vollvirulenten und dem nicht mehr virulenten Bacillus durch weniger starke Abschwächung erhalten werden, sind zwar ebenfalls als konstante Varietäten zu betrachten, doch schlägt zuweilen die Herstellung der gewünschten Abschwächung nach der C.'schen Methode fehl.

C. versuchte nun den nur noch vaccinirenden, aber nie mehr tödtenden Bacillus wiederum virulent zu machen. Zahlreiche Versuche schlugen fehl, bis C. jenen Bacillus in Bouillon, der frisches Meerschweinchenblut zugefügt war, kultivirte; hierdurch wurde letzterer wieder für Nagethiere virulent, während er für Wiederkäuer ungiftig blieb und zwar mit einer solchen Konstanz, dass (im Gegensatz zu anders gewonnenen Vaccins) an Tausenden von Hammeln mit ihm eine Schutzimpfung vorgenommen werden konnte, ohne dass ein einziges Thier fiel. Durch Kultivirung in Bouillon mit Hammelblut gelang es schließlich, den nicht virulenten Bacillus auch wieder für die Wiederkäuer virulent zu machen. Auf diese Weise ist es also C. gelungen, den Milzbrandbacillus nicht nur beliebig abzuschwächen, sondern auch wieder beliebig virulent zu machen.

Ob der Milzbrandbacillus in verschiedener Virulenz in der Natur vorkommt, ist noch nicht sicher ausgemacht, doch weist das Auftreten von Epidemien bei Rindern und Pferden darauf hin, zu deren

Infektion eine höhere Virulenz nöthig sein dürfte, als zu der gewöhnlich zu beobachtenden Infektion der Hammel.

H. Neumann (Berlin).

---

3. **G. Rummo** e **L. Bordoni.** Tossicità del siero di sangue dell' uomo e degli animali allo stato normale e nelle malattie da infezione.

(Riforma med. 1889. No. 251 u. 252.)

Wenn die Verf. auf intravenösem oder intraperitonealem Wege einem Thier (Schaf, Hund, Katze, Kaninchen, Hasen, Meerschweinchen, Ente, Huhn, Taube, Schildkröte, Kröte, Frosch) Blutserum von derselben oder von einer fremden Species (Mensch, Rind, Kalb, Schaf, Lamm, Hund, Kaninchen, Meerschweinchen, Huhn, Taube, Schlange Schildkröte) unter aseptischen Kautelen und auf Körpertemperatur erwärmt beibrachten, so beobachteten sie regelmäßig eine Folge von Erscheinungen, welche, an sich charakteristisch, nur bezüglich ihrer Intensität und ihrem Verlauf je nach der Quantiät und Qualität des angewendeten Serum variirten. Die Erscheinungen waren vornehmlich respiratorische, oculopupilläre, cirkulatorische, neuromuskuläre, thermische, gastrointestinale Funktionsstörungen.

Beim Kaninchen rief Blutserum vom Menschen, Rind und Lamm eine Folge von Symptomen hervor, welche einen gleichmäßigen Wechsel von Excitations- und Depressionserscheinungen darstellten; zuvörderst: Dyspnoe, Mydriasis, Exophthalmus, Schwäche und Arhythmie der Herzaktion, Unruhe, unregelmäßige Fluchtbewegungen, Schwanken, motorische Paresen und Paralysen, Stupor, mäßigen Temperaturabfall, Meteorismus, tonische Kontraktionen der Gliedmaßen, epileptoide Konvulsionen, Manegebewegung, Tremor, mühsames Athmen, Verlust der Conjunctival- und Cornealreflexe, allgemeine Erschöpfung, plötzlichen Tod.

Beim Kaninchen rief Blutserum vom Schaf vorwiegend Symptome der Lähmung hervor, solches vom Huhn dagegen überwiegend konvulsive Phänomene neben geringen paralytischen. Das Blutserum der Schlange war für Kaninchen außerordentlich giftig, schnell tödtend.

Der Hund zeigte sich refraktär gegenüber der Wirkung heterogenen Serums, nur außerordentlich empfindlich gegen Schlangenserum.

Auf Vögel wirkt das Blutserum der Säugethiere durchaus giftig.

Blutserumtransfusionen auf verwandte Thierspecies — vom Hasen auf das Kaninchen, vom Huhn auf die Taube — und vor Allem auf Thiere derselben Species haben eine sehr abgeschwächte toxische Bedeutung.

Um 1 kg Kaninchen in akutester Weise (in der Zeit von 4—5 Minuten) zu vergiften, sind erforderlich zur intravenösen Injektion

8 ccm von Ochsenblutserum,
10 » » Menschenblutserum,

12 ccm von Schafblutserum,
13 » » Lammblutserum,
20 » » Hühnerblutserum,
0,04—0,05 ccm von Schlangenblutserum.

Für 1 kg Huhn genügen zum selben Zweck 6 ccm Ochsenblutserum.

Um an einer Taube krankhafte Symptome von einigem Belang hervorzubringen, muss man ihr 20 ccm Hühnerblutserum per 1 kg einspritzen.

Bei intraperitonealen Transfusionen ist etwa das Vierfache der genannten Gaben nöthig.

Blutserumtransfusionen von heterogenen Thierarten haben, vornehmlich wenn sie zuverlässig todtbringend sind, keineswegs die schweren Läsionen der Lungen, des Verdauungsapparates, der Nieren, der serösen Häute, zur Folge, welche Ponfick und Landois nach Transfusionen defibrinirten oder unveränderten Blutes sahen.

Für heterotherme Thiere ist homogenes Blutserum ziemlich ungiftig. Was die Säugethiere angeht, so zeigt sich Blutserum vom Kaninchen als sehr geeignet, die Thätigkeit des isolirten Herzens vom Frosch, von der Kröte und Schildkröte zu erhalten; am wenigsten eignet sich dazu Blutserum vom Hund und vom Rinde. Zwischen diesen Extremen stehen, in aufsteigender Linie nach ihrer Giftigkeit geordnet, die Blutserumarten vom Lamm, Schaf, Kalb und Menschen. Heterogenes Blutserum, mit $^1/_4$—$^1/_3$ physiologischer Kochsalzlösung (0,7%) verdünnt, unterhält viel länger die Thätigkeit des Herzens als unverdünntes heterogenes Blutserum.

Die schweren Zufälle und der tödliche Ausgang, welche der Transfusion heterogenen Blutserums zu folgen pflegen, sind weder auf Harnstoffwirkung noch auf Mineralsalze, als Bestandtheile des Serums, zurückzuführen, noch auch auf eine Vermehrung der Blutmasse; eben so wenig auf eine akute Infektion oder auf extravasal schnell entstehende Zersetzungsprodukte des Blutes. Zu ihrer Erklärung genügen auch keineswegs die Fibrinfermenttheorie A. Köhler's und die Theorie der Blutkörperchenauflösung von Landois.

Die Giftwirkung des heterogenen Blutserums muss vielmehr in dem Gehalt des Blutes an toxischen Substanzen als echten thierischen Stoffwechselgiften (Leukomainen) gesucht werden.

G. Sticker (Köln).

---

4. **v. Ziemssen.** Zur Pathologie und Therapie des Scharlachs.

(Sammlung klin. Vorträge No. 14. Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1890.)

Nach einer historischen Einleitung und kurzen Auseinandersetzung der Infektionsbedingungen schildert Verf. nach seiner reichen Erfahrung zunächst die Erscheinungen, unter denen Scarlatina zu verlaufen pflegt. Erbrechen, Angina und Fieber sind die ersten Symptome; letzteres ist gleich am 1. Tage sehr hoch, die Pulsfrequenz sehr beschleunigt, dabei Benommenheit und Hinfälligkeit. Die übrigen von v. Z. erwähnten Erscheinungen und Komplikationen sind die bekannten.

Für die Therapie stellt Verf. die Wasserbehandlung (kühle und

laue Bäder und Übergießungen) in den Vordergrund, die nach ähnlichen Grundsätzen wie beim Typhus ausgeführt wird. Bei adynamischem Zustand des Kranken sind laue Bäder und Reizmittel (Wein) am Platze; Übergießungen sind zu meiden. Die antipyretischen Mittel sind nicht ganz zu entbehren, kommen aber erst in zweite Linie. Die diphtheritischen Auflagerungen sind mit Charpiebäuschen zu entfernen, dann die Stellen mit Karbollösung (1 : 2 — 1 : 10) zu bepinseln; dies geschieht 1—2mal wöchentlich, das Auswischen mit folgendem Gurgeln täglich. Das Gurgeln allein hält v. Z. nicht für ausreichend. Auch parenchymatöse Karbolinjektionen in die Tonsillen und den weichen Gaumen sind zu empfehlen. Die Behandlung der Infiltration der Lymphdrüsen und des Halszellgewebes hat wenig Aussicht; bei Fluktuation Incision. Coryza und Otitis media sind sorgfältig zu behandeln (rechtzeitige Paracentese des Trommelfelles). Gegen die Nephritis in schweren Formen heißes Bad mit folgender Einwicklung in wollene Decken. Das Bad wird allmählich durch Zugießen heißen Wassers, während der Kranke sich darin befindet, erhitzt. Dauer des Bades $^1/_2$—1 Stunde, der Einpackung 1—2 Stunden. Für chronische Nephritis, wo die Pat. das Sitzen ertragen, ist das Dampfkastenbad bequemer. Das heiße Bad bewirkt oft erst bei der dritten Anwendung tüchtige Schweißabsonderung. Außer den Bädern kommt der Gebrauch des Pilocarpins, Natronwässer, kohlensäurehaltige Weine (Champagner) in Betracht, ferner besonders Milch. Von innerlichen Arzneimitteln ist die Digitalis zu nennen. mit Zusatz von Liquor Ammonii oder Kal. acet. Sorgfältige Überwachung der Rekonvalescenz ist dringend geboten.

G. Meyer (Berlin).

---

5. **Löwenfeld.** Kritisches und Kasuistisches zur Lehre von den traumatischen Neurosen.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 38—40.)

Verf. stellt sich in der Auffassung des Begriffes der traumatischen Neurose, welche alle nach körperlichen Schädigungen irgend welcher Art auftretenden, nicht durch grob-anatomische Läsionen bedingten nervösen Störungen umfasst, in Gegensatz zu Strümpell und Oppenheim, und vermag ihr einen einheitlichen Krankheitsbegriff nicht zu vindiciren. Er theilt die in Betracht kommenden Fälle symptomatisch ein 1) in solche mit rein neurasthenischen Symptomen, wofür er ein entsprechendes Beispiel ausführlich mittheilt; 2) in Fälle mit lediglich hysterischen oder hysterisch-neurasthenischen Symptomen, wobei zu bemerken ist, dass reine Hysterie nach Unfällen sich sehr selten findet, während eine Kombination der hysterischen und neurasthenischen Erscheinungen sehr häufig ist, und 3) in Fälle, welche entweder neben den genannten noch Symptome darbieten, die weder als der Hysterie noch der Neurasthenie angehörig betrachtet werden können, oder die nur Symptome der letzteren Art aufweisen. Dahin gehören Opticusatrophie,

reflektorische Pupillenstarre, schwere Blasenstörungen, beträchtliche Abnahme der Intelligenz, epileptische Anfälle und ferner eigenartige trophische Störungen, wie herdweises Ausfallen der Haare, greisenhafte Veränderung der Gesichtszüge. Verf. hat selbst einen Fall beobachtet, in dem es neben anderen neurasthenischen Erscheinungen zur Entwicklung einer Struma kam, die nicht mit Morb. Basedowii in Zusammenhang gebracht, auch nicht durch Gefäßerweiterung erklärt werden konnte. Es handelt sich hier also um Symptome, die entweder, wie die letzteren, ein äußerst seltenes Vorkommnis bilden oder, wie die ersteren, auf anatomische Veränderungen zurückzuführen sind und daher nur als allerdings von denselben ursächlichen Momenten abhängige Komplikationen der traumatischen Neurose gelten können.

Verf. ist danach also zu der Anschauung gelangt, dass ein für die traumatische Neurose pathognomonisches Symptom nicht existirt, und dass eine Unterscheidung derselben als selbständiger klinischer Form von Neurasthenie und Hysterie nicht angängig ist. Von den zu Gunsten einer solchen angeführten Momenten, der Konstanz gewisser psychischer Anomalien und der sehr häufigen Unheilbarkeit der fraglichen Erkrankung, findet die erstere sich auch bei der nicht traumatischen Neurasthenie, wenn auch nicht so häufig und weniger stark ausgesprochen, wofür der Grund in den äußeren Verhältnissen der Erkrankten zu suchen ist; der ungünstige Verlauf aber betrifft doch nur die schwereren Fälle, denen gegenüber die leichten, bald heilenden, die Mehrzahl bilden.

In Bezug auf die ätiologischen Vorgänge bei der traumatischen Neurose ist L. der Ansicht, dass die kombinirte Einwirkung heftiger Körpererschütterungen und psychischen Shocks zweifellos auch bei völlig gesunden Personen Erkrankung des Nervensystems herbeiführen kann, dass aber in den Fällen, in denen Verletzungen an der Körperperipherie ohne direkte mechanische Einwirkung auf die Centralorgane andauernde nervöse Störungen nach sich ziehen, es sich meistens um eine neuropathische Prädisposition handelt, bei der häufig der Alkoholismus eine Rolle spielt, außerdem aber auch noch die Sorgen des Erkrankten um die künftige Existenz von Einfluss sind.

Ganz unhaltbar aber erscheint dem Verf. die Annahme einer eigenartigen traumatischen Neurose in Berücksichtigung der Thatsache, dass auch das Trauma fehlen kann und nur die Erregung, der Schrecken allein genügt, dieselbe Erkrankung hervorzurufen.

Was den Sitz des Leidens und die Natur der Veränderungen bei Erkrankungen nach Unfällen anbelangt, so schließt sich Verf. der Ansicht Strümpell's an, dass feinere materielle Veränderungen der Centralorgane zurückbleiben und spricht sich entschieden gegen die Annahme Oppenheim's aus, dass nur funktionelle cerebrale Störungen vorlägen.

Verf. will jedoch die Bezeichnung »traumatische Neurose« nicht aufgeben, sieht darin aber nur einen Sammelbegriff, in welchem die

verschiedenen, durch ein Trauma hervorgerufenen Krankheitszustände, die als Neurosen zu deuten sind, sich zusammenfassen lassen. Zum Schluss erörtert er noch die praktische Wichtigkeit der Frage.

Markwald (Gießen).

---

6. **Schütter** (New York). Der nervöse Kopfschmerz.

(Med. Monatsschrift New York 1889. Oktober.)

S. theilt seine Erfahrungen über den nervösen Kopfschmerz mit, so weit es sich um eine Neurose handelt, deren Wesen in einem Reize besteht, welcher pathologischen Zuständen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes entspringend, sich auf den Halssympathicus reflektirt und seine Wirkung von diesem Nerven aus verbreitet durch Vermittlung einer gestörten Cirkulation in den Gefäßen des Kopfes auf den ersten, in seltenen Fällen auf den zweiten Ast des Trigeminus, ferner auf die Nervi occipitales und auf den Vagus. So wie der Neurose im Allgemeinen eine gewisse nervöse Disposition und Veränderungen im Nasen- und Nasenrachenraume (die ausführlich besprochen sind) zu Grunde liegend angenommen werden müsse, so kann man für die Erregung der einzelnen Anfälle gewisse entweder entzündungserregende oder katarrhalische Ursachen oder kongestive Veranlassungen und auch eine Überreizung, vielleicht auch Abschwächung des Nervensystems konstatiren. Dass in solchen Fällen eine lokale Behandlung nothwendig ist, wird betont; eine medikamentöse wird dann eintreten müssen, wenn die erstere erfolglos bleibt oder aus irgend einer Ursache nicht möglich ist.

Seifert (Würzburg).

---

7. **L. Mann.** Über den Leitungswiderstand bei Untersuchungen der faradischen Erregbarkeit.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLV. Hft. 3 u. 4.)

Verf. hat sich der Bearbeitung der bisher in der Elektrodiagnostik noch nicht genügend aufgeklärten Frage unterzogen, in welchem Maße die Intensität eines den menschlichen Körper durchfließenden Induktionsstromes von den Widerständen desselben beeinflusst wird. Da sich bei Anstellung der Versuche ergab, dass metallische oder Flüssigkeitsrheostaten den faradischen Strom in sehr hohem Maße abschwächten und somit das Resultat der faradischen Untersuchungen stark veränderten, so substituirte der Verf. statt der metallischen Widerstände Körperwiderstände. Er stellte daher seine Untersuchungen auf folgende 3 Methoden an: 1) Der Widerstand wurde durch Einschaltung einer zweiten Person in den Stromkreis vergrößert. 2) Der Widerstand wurde verändert durch Veränderung der Elektrodengröße. 3) Der Widerstand wurde herabgesetzt durch Einwirkung des konstanten Stromes und gewisser die Haut macerirender chemischer Agentien.

Das Resultat der Versuche lässt sich dahin zusammenfassen, dass der Körperwiderstand auf die Intensität des faradischen Stromes eine

weit geringere Einwirkung besitzt, als auf die des galvanischen. Zu diesem Schlusse resp. zu dem noch weitergehenden, dass der Leitungswiderstand bei faradischen Untersuchungen unberücksichtigt bleiben kann, sind bereits Stintzing und Gruber aus anderen Gründen, freilich ohne den Nachweis vermittels exakter Versuche gelangt. Um die gefundene Thatsache zu erklären, stellte Verf. noch einen Versuch an. Ausgehend von der Erfahrung, dass die Epidermis für den galvanischen Strom den wesentlichsten Leitungswiderstand bildet, benutzte er statt der in der ersten Versuchsreihe erwähnten lebenden zweiten Person eine frische Leiche, trug dann an den Ansatzstellen der Elektroden die Epidermis ab und prüfte das Verhalten des Körperwiderstandes auf beide Stromesarten bei intakter und bei abgetragener Epidermis. Dabei ergab sich, dass die Widerstände des enthäuteten Körpers auf die Intensität des faradischen Stromes in demselben Maße einwirkten, wie auf die des galvanischen. Da bei erhaltener Haut der Körperwiderstand auf den Induktionsstrom in so sehr viel geringerem Maße als auf den galvanischen Strom einwirkt, so folgt daraus, dass dieses ungleiche Verhalten seine Ursache in der Epidermis hat, oder mit anderen Worten, dass dieselbe gar keinen Einfluss auf den Induktionsstrom besitzt.

Da also die Nichtberücksichtigung des Körperwiderstandes auf den Induktionsstrom nur eine minimale Fehlerquelle darstellt, so ergiebt sich daraus, dass die einfache Vergleichung der Rollenabstände ohne Berücksichtigung des Leitungswiderstandes zur Beurtheilung der faradischen Erregbarkeit dem praktischen Bedürfnisse völlig genügt.

A. Neisser (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **E. Galvagni** (Modena). Sul raddoppiamento del secondo tono nelle arterie del collo (galoppo carotideo).

(Arch. ital. di clin. med. 1889. p. 426.)

Es ist dies der zweite Fall des Autors. Der erste ist behandelt in der Dissertation von B. Montelaghi (Un caso di raddoppiamento del secondo tono nelle arterie del collo; Rivista clin. di Bologna 1885 p. 843). In beiden Fällen handelte es sich um Insufficienz der Aortenklappen.

Drasche (1855) hatte die Erscheinung bei derselben Krankheit bereits beobachtet. Aber da in seinen Fällen die Verdoppelung des zweiten Tones auch über den Arterienklappen des Herzens zu hören war, so musste sie am Halse eine fortgeleitete sein, während sie in den Fällen des Autors dort ihren Ursprung hatte.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Bäcker von 50 Jahren mit Lungentuberkulose und Aorteninsufficienz. Wenn man das Stethoskop in der Fossa jugularis und zwischen den unteren Insertionen der Sterno-cleido-mastoidei oder auch etwas weiter nach oben aufsetzte, so hörte man 3 Töne mit Galopprhythmus.

Die Autopsie bestätigte die Diagnose: die Aortenklappen waren verkleinert und geschrumpft, die Aorta ascendens dilatirt, aber fast frei von Atheromatose, welche letztere dagegen den Bogen befallen hatte, dessen Lumen etwas verengt war.

Der zweite Fall betrifft einen Bauer von 28 Jahren, der früher an akutem

Gelenkrheumatismus gelitten hatte und bei dem vor Kurzem nach einer Anstrengung Erscheinungen von Seiten des Herzens eingetreten waren. Mit dem Stethoskop hörte man wie im 1. Falle die zwei Töne über dem Herzen nebst einem leichten diastolischen Geräusch, dessen Intensität über dem Sternalansatz der dritten Rippe am stärksten war. Am Hals hörte man an den oben angegebenen Stellen den zweiten Ton verdoppelt.

Da es erwiesen ist, dass unter ähnlichen pathologischen Verhältnissen 2 Töne über einer vom Herzen entfernten Arterie, wie z. B. der Cruralis, zu hören sein können, so dürfte die Erklärung des Auftretens von 3 Tönen über den Halsarterien folgende sein: Der erste derselben wäre der gewöhnliche Ton der Ausdehnung der Arterien (espansione delle arterie); der zweite der Ton der plötzlichen Erschlaffung (rilassamento) (Traube) oder der rückströmenden Welle (Bamberger); der dritte endlich wäre nichts Anderes als der zweite Ton, fortgeleitet von den theilweise funktionirenden Aortenklappen und verstärkt durch den Ton der Pulmonalklappen.

E. Kurz (Florenz).

9. **G. Bassi.** Epatite interstiziale da peritonite cronica.

(Arch. ital. di clin. med. 1889. Punt. 4.)

Der Verf. bespricht zuerst die Cirrhose der Leberkapsel (im Sinne einiger modernen Kliniker: Chauffard, de Giovanni, Jürgensen) und findet, dass dieselbe nicht in Einklang zu bringen ist mit der anatomischen Beobachtung sehr vieler Fälle von vorgeschrittener Perihepatitis ohne alle Cirrhose.

Er beschreibt dann einen Fall aus der Klinik Galvagni's, in welchem neben der Perihepatitis eine einfache chronische Peritonitis exsudativa bestand (außerdem chronische Pleuritis und Pericarditis), ferner eine interstitielle Hepatitis, die sich von der atrophischen und hypertrophischen Form dadurch unterschied, dass das Volum der Leber normal war; die Elemente des neugebildeten Bindegewebes waren nicht ringförmig angeordnet, sondern drängten sich zwischen die Trabekeln, indem sie sich besonders um die kleinen Arterien anhäuften; der Ikterus fehlte vollständig.

Verf. acceptirt die von Prof. Galvagni in einer seiner Vorlesungen ausgesprochene Ansicht, nach welcher in diesem Falle die entzündlichen Produkte der Peritonitis von den zur Leber führenden Gefäßen absorbirt wurden und in Folge einer analogen Wirkung wie die des reichlichen und lange Zeit gebrauchten Alkohols die Cirrhose herbeiführten. Er citirt in Hinsicht darauf die bis jetzt bekannten anatomischen Befunde bei einfacher exsudativer Peritonitis und fügt denselben zwei eigene klinisch-anatomische Beobachtungen von chronischer tuberkulöser Peritonitis hinzu, in deren Gefolge Lebercirrhose auftrat.

E. Kurz (Florenz).

10. **Kusnezow und Hermann.** Influenza. Eine geschichtliche und klinische Studie. Nach dem Russischen bearbeit. von J. v. Drozda.

Wien, **Josef Safár,** 1890. 105 S.

Den ersten, etwas über die Hälfte einnehmenden Theil des vorliegenden Werkes bildet die von H. bearbeitete Geschichte der Influenza. Aus der sehr gründlichen Darstellung ist ersichtlich, dass Influenza-Epidemien seit dem 12. und 13. Jahrhundert fast ununterbrochen bald in dem einen, bald in dem anderen Welttheile auftraten und verhältnismäßig häufiger die alte als die neue Welt heimsuchten. Unter gewissen Bedingungen, die zur Zeit noch nicht ganz aufgeklärt sind, nahmen sie den Charakter echter Pandemien an. Von irgend einer wirklichen Periodicität dieser Pandemien kann nicht die Rede sein; die Zwischenpausen zwischen den einzelnen Epidemien können bald kürzer, bald wieder länger ausfallen.

Was den Charakter der Influenza anlangt, so ist das Faktum sehr lehrreich, dass trotz der großen Verschiedenheit der klinischen Symptome, die man oft nur schwer in eine der willkürlich geschaffenen drei Hauptformen derselben: der Encephalica, Thoracica und Abdominalis, zu subsummiren vermag, sie immerhin doch zur Zahl derjenigen speciellen Erkrankungen gehört, deren Symptomenkomplex

sich im Laufe ganzer Jahrhunderte nicht wesentlich änderte, jedoch während einzelner Epidemien mehr oder minder scharf ausgeprägt, bald die eine, bald die andere Symptomengruppe hervortreten ließ.

Beim näheren Studium der Autoren, welche über diese Epidemie schrieben, kommt man zu der Erkenntnis, dass ihre jeweilige Ausbreitung zu ihrer Intensität in der Regel im entgegengesetzten Verhältnisse stand. Die Mortalität war bei den Epidemien bis zum 19. Jahrhundert ziemlich bedeutend, später aber reducirte sie sich ganz erheblich; die größere oder geringere Mortalität, eben so wie auch die Menge der jeweilig hinzutretenden Komplikationen erwiesen sich direkt abhängig, einerseits vom Gesundheitszustande jedes einzelnen Individuums, andererseits von den jeweiligen klimatischen und hygienischen Verhältnissen sowohl ganzer Länder als auch einzelner Städte.

Wenn auch die Influenza-Epidemien während der verschiedensten Jahreszeiten, bei verschiedenen Witterungszuständen auftraten, so dass man ihren Ursprung mit einem gewissen Thermo- oder Barometerstand nicht gut direkt verknüpfen kann, so muss man doch zugestehen, dass die Epidemien am häufigsten bei plötzlichen und rapiden Temperaturschwankungen ihren Anfang nehmen und bei Aufhören derselben wieder verschwinden.

Der zweite klinische Theil ist von K. bearbeitet, von dem Übersetzer D. aber unter Berücksichtigung der neuesten Resultate klinischer und experimenteller Forschung in manchen Theilen einer Umarbeitung unterzogen worden. In einzelnen sehr sorgfältig behandelten Kapiteln werden der Reihe nach Ätiologie, allgemeine und specielle Symptomatologie, Komplikationen und Folgekrankheiten, Verlauf, Dauer und Rekonvalescenz, pathologische Anatomie, Prognose, Diagnose und Therapie besprochen. Es ist uns unmöglich im Rahmen dieses Referates den Inhalt dieser einzelnen Kapitel ausführlicher zu erörtern, wir würden auch damit dem Leser nur oft schon Behandeltes wiederholen, da der Verf. alle jene Arbeiten, die wir in diesem Blatte referirt haben, berücksichtigt; wir möchten desswegen nur die geschickte Art der Bearbeitung und den Fleiß, der auf dieselbe verwandt worden ist, rühmend hervorheben und müssen somit den Leser auf das Original verweisen. Den Schluss bildet ein Verzeichnis der einschlägigen Litteratur.

M. Cohn (Berlin).

11. **Delépine.** Is Influenza a contagious or a miasmatic disease?

(Practitioner 1890. April.)

Verf., der im Anfange der Epidemie der Meinung zuneigte, dass dieselbe eine miasmatische Verbreitung habe, hat im Verlaufe derselben Fälle beobachtet, die die Kontagiosität klarzu beweisen scheinen. Personen, die in der ersten Periode der Epidemie von der Krankheit verschont blieben und mit Kranken keinerlei Berührung hatten, erkrankten in der zweiten Periode sofort, als sie mit Influenzakranken zusammengekommen waren. Die rapide Verbreitung von einer Person, einer Stadt, einer Landschaft zur anderen findet durch die Kürze der Incubationszeit einerseits, durch die Länge der Ansteckungsfähigkeit andererseits ihre Erklärung. Verf scheint es zweifellos, dass die Influenza als eine kontagiöse, fieberhafte Erkrankung aufzufassen ist, welche nach kurzer Latenzperiode und einem kurzen Initialstadium meist in einigen Stunden ihre Höhe erreicht, um dann kritisch zu enden. Dann beginnt eine meist langsame Rekonvalescenz, während welcher Pat. noch eine Woche lang oder noch länger im Stande ist, die Krankheit auf andere Personen zu übertragen. Dies ist nach D. der Verlauf bei den unkomplicirten Fällen.

M. Cohn (Berlin).

12. **Kowalski.** Bakteriologische Untersuchungen über die Influenza.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 13 und 14.)

K.'s Untersuchungen an Influenzakranken betrafen zunächst das Blut. In allen 16 Fällen war das Ergebnis ein negatives. Weder durch direkte mikroskopische Untersuchungen von Deckglaspräparaten noch durch die Kulturmethode konnte etwas Bemerkenswerthes konstatirt werden. Auch bei der Untersuchung von Deck-

glaspräparaten mit den Sekreten der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle, so wie mit Sputis ist K. keine besondere Form von Organismen aufgefallen, die als neu oder für die Influenza specifisch hätte angesehen werden können.

Instruktiver fielen die Resultate aus, welche durch die Kulturmethoden gewonnen wurden. Konstant wurde allerdings auch hier keine Bakterienart angetroffen, welche für die Specificität der Influenza verantwortlich gemacht werden könnte. Neben über 30 verschiedenen Species von harmlosen Saprophyten wurden in je einigen Fällen der Staphylococcus pyogenes aureus, der Staphylococcus pyogenes albus, die Fraenkel'schen und Friedländer'schen Pneumoniekokken, der Streptococcus pyogenes und der Staphylococcus pyogenes citreus gefunden.

Schließlich fand K. noch drei ihm bisher unbekannte Bakterienarten, von denen er allerdings nur der letzteren eine gewisse Bedeutung beimisst. Die genaue Beschreibung dieser Bakterienform, die K. als Gallertdiplococcus bezeichnet, ist im Original nachzulesen. Eine ätiologische Bedeutung ist diesem Coccus wohl eben so wenig wie allen anderen bisher beschriebenen Formen beizulegen.

M. Cohn (Berlin).

13. Pantlen. Influenza und Pneumonie.

(Med. Korrespondenzblatt d. württembergischen ärztl. Landesvereins 1890. No. 10.)

P.'s Beobachtung bestätigt die jetzt bereits von vielen Seiten, besonders von Finkler und Ribbert gemachten Angaben über den klinischen Verlauf und anatomischen Befund bei Influenzapneumonie: Bei einem herzkranken Manne entwickelt sich gleich in den ersten Tagen der manifesten Influenza-Erkrankung eine Pneumonie, bei der charakteristisches Sputum fehlt, das Fieber mäßig ist, der Puls relativ kräftig, Allgemeinbefinden und Bewusstsein wenig beeinträchtigt; bald entsteht kollaterales Ödem und am 5. Tage der Erkrankung erfolgt der Exitus. Sektionsergebnis: Rechte Lunge fast durchaus mit der Brustwand verwachsen, zeigt sich nach ihrer Herausnahme prall gespannt, dunkelbläulich roth gefärbt; der obere und mittlere Lappen ergeben bei Einschnitten überall Ödem von schwachgelblicher Färbung, der ganze untere Lappen ist der Sitz einer Infiltration von graulich-gelber Färbung und von schwach gekörntem Aussehen auf dem Durchschnitt, von welchem bei Druck eine grauliche, schwach eitrige, zähe Flüssigkeit abfließt, welche sämmtliche kleine Bronchien bis in ihre Endverzweigungen ausfüllt. Die linke Lunge ebenfalls in allen ihren Theilen Sitz eines flüssigen Ödems ohne Infiltration.

M. Cohn (Berlin).

14. Haug. Akute hämorrhagische Paukenentzündung, eine Komplikation bei Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Die Erkrankung kam in 11 Fällen zur Beobachtung, charakterisirt durch eine außerordentlich rapide, mit geradezu exorbitanten Schmerzen verbundene Exsudation von rein hämorrhagischem Sekret in die Paukenhöhle und das Trommelfell; in allen Fällen handelte es sich um typische Erkrankungen an Influenza; am 3. bis 7. Tage der Krankheit, zur Zeit als die katarrhalischen Symptome am ausgesprochensten waren, stellte sich bei den Pat., welche vorher ohrengesund waren, unter den riesigsten Schmerzen eine akuteste Exsudation in die Paukenhöhle mit starker Betheiligung des Trommelfelles ein; das letztere erscheint in 6—12 Stunden dunkelroth gefärbt und hervorgebaucht, bei vollständigem Verschwinden der normalen Kontouren, oder aber es zeigen sich eine bis mehrere fast erbsengroße, tiefblauschwarze, fluktuirende Blasen, zumeist in der hinteren Hälfte, mit blutigem Inhalt. Das Gehör ist für jede Art der Prüfung stark alterirt. Innerhalb längstens 12 Stunden erfolgt meistens Spontanperforation, mit Entleerung von blutigem, oft klumpigem Sekrete. Dann lassen die Schmerzen nach, es stellt sich eine gewöhnliche purulente Otitis im weiteren Verlauf ein. Besser gestaltet sich der Verlauf, wenn man paracentesiren kann; je früher und ausgiebiger die Paracentese gemacht werden kann, um so eher sistiren die Schmerzen und um so besser ist der Verlauf; einmal wurde so in 5 Tagen eine komplete Heilung ohne

Eiterung erzielt; nach der Durchschneidung wird eine leichte Ausspülung mit warmer Boralaun- oder Sublimatalaunlösung gemacht; dann wird sorgfältig getrocknet und werden Gazestreifen eingelegt, die Streifen müssen bis auf das Trommelfell vorgeschoben und Anfangs mehrmals täglich erneuert werden. Sonst tritt die Allgemeinbehandlung in ihr Recht. **Prior** (Köln).

15. **Socor.** Sur les affections oculaires consécutives à l'influenza.

(Bullet. de la soc. de méd. de Jassy 1890.)

Verf., der mehrfach Conjunctivitis im Gefolge der Influenza beobachtet hatte, berichtet in der vorliegenden Mittheilung über einen Fall von Phlegmone des retrobulbären Bindegewebes mit Abscessbildung. Es handelte sich um einen Mann, der nach überstandener Influenza unter Schmerzen im linken Auge und Thränenfluss erkrankte. Bald trat der Bulbus aus der Orbita heraus, das Augenlid schwoll an, die Schmerzen wurden sehr heftig. Nachdem die vorerwähnte Diagnose gestellt war, wurde durch eine Incision reichlicher Eiter entleert, worauf im Verlaufe von ca. 3 Wochen die Affektion zur Heilung kam.

Die bakteriologische Untersuchung des aufgefangenen Eiters ergab das Vorhandensein von Diplokokken, Streptokokken und Staphylokokken.

M. Cohn (Berlin).

16. **Revilliod.** Des formes nerveuses de la grippe.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1890. No. 3.)

R. berichtet über einige Erscheinungen cerebralen, spinalen und bulbären Ursprungs, die während der letzten Influenza-Epidemie zu seiner Beobachtung gelangt sind. Zu den ersteren rechnet er den Schwindel, der oft bis zur Ohnmacht geht, die Schwäche, die Apathie, die Benommenheit, die hysteriformen Symptome; die Schlaflosigkeit bei einem Theil der Pat., die Schlafsucht bei einem anderen; ferner Alpdrücken, Hallucinationen und Illusionen. Am bemerkenswerthesten aber ist das Auftreten von Delirien, die bei fast allen pneumonischen Formen der Influenza beobachtet wurden und oft eine bedeutende Intensität erreichten.

Weiter finden dann die verschiedenen Formen des Kopfschmerzes und der Neuralgien Erwähnung; die Schmerzen in den verschiedenen inneren Organen werden berücksichtigt.

Endlich bespricht Verf. sodann die motorischen und sensiblen Störungen, ohne jedoch in seinen Mittheilungen etwas Neues zu bringen. **M. Cohn** (Berlin).

17. **Pick.** Über Geisteskrankheit nach Influenza.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 4.)

P. berichtet über einen Fall von akuter Verwirrtheit nach Influenza bei einer zu psychischer Erkrankung prädisponirten Pat. (Vater an Kopfschmerzen, Mutter an unregelmäßigen, von einer Aura eingeleiteten Krampfanfällen leidend). Die Pat., ein 20jähriges Mädchen, hatte 5 Wochen vor der jetzigen Erkrankung einen heftigen Schreck gehabt; am 4. Januar d. J. erkrankte sie mit Schüttelfrost, Hitze, Kopf- und Rückenschmerz; am folgenden Tage Schnupfen, Thränen der Augen, Kopf- und Kreuzschmerz, dabei Unruhe, fortwährendes Lachen. Am 6. Aufnahme in die Klinik, Irrereden, keine Temperaturerhöhung. Auch am nächsten Tage sprach Pat. in verworrener Weise von Liebhabern, die sie gehabt, von denen einer sich erhängt habe, von einem Grabe, in das auch die Ärzte hineinmüssten etc. Dabei zeigte sich eine gewisse Ideenflucht; die Stimmung wechselnd zwischen Heiterkeit und Ruhe; die motorische Erregung hauptsächlich auf das Sprechen beschränkt, das gelegentlich mit lebhaften Gesten begleitet wird. Dieser Zustand blieb bis zum 13. Januar, seitdem allmähliche Beruhigung. Am 14. völlige Klarheit, auch die bisher theilweise noch fehlende Erinnerung an die ersten Krankheitstage wiedergekehrt. Am 18. als geheilt entlassen. (Einen Fall von akuter Demenz nach Influenza hat Crichton Browne, West Riding lunatic Asylum med. reports IV 1874 p. 269, erwähnt.) **Eulenburg** (Berlin).

18. **Bartels.** Einfluss von Influenza auf Geisteskrankheit.
(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 6.)

19. **C. Becker.** Fall von Geisteskrankheit nach Influenza.
(Ibid.)

20. **M. Metz.** Heilung einer Paranoia nach Influenza.
(Ibid. No. 7.)

21. **Krause.** Zwei Fälle von Nachkrankheiten nach überstandener Influenza.
(Ibid.)

Nach Bartels wurde bei einer Influenza-Epidemie in der Hildesheimer Irrenanstalt, welche 13% der Insassen ergriff, das psychische Verhalten so gut wie gar nicht beeinflusst, mit Ausnahme eines Falles, in dem direkt im Anschluss an Influenza eine vollständige Änderung des psychischen Krankheitsbildes stattfand. Es war dies ein 30jähriger Kellner, seit 1883 an Paranoia leidend; bis zur Influenza ziemlich still und verschlossen, aber stets gleichmäßig ruhig und fleißig, mit Gartenarbeit beschäftigt. Am 4. Januar Erkrankung an Influenza; am 11. Januar plötzlich große Erregung, Umherlaufen unter ängstlicher Unruhe, Verwirrtheit, keine Reaktion auf Anreden. Pat. stierte mit weit geöffneten Augen vor sich hin und machte den Eindruck, als ob er ängstlichen Hallucinationen unterworfen sei. In den nächsten Tagen taumelnder Gang, Nahrungsaufnahme sehr ungenügend; am 18. Januar Harnretention; seit dem 23. Januar wieder Steigerung der Unruhe, vollständige Verwirrtheit, absolute Nahrungsverweigerung. Am 29. Januar hörte die Urinretention auf (kein Eiweiß); Verwirrung fortdauernd, Nahrungsaufnahme sehr gering, Entkräftung. Tod am 23. März durch allgemeine Erschöpfung. Die Sektion lieferte wenig Belangreiches: allgemeine Atrophie und Anämie aller Organe, chronische Pachy- und Leptomeningitis, granuläre Ependymitis der Gehirnventrikel. »Man hat demnach wohl anzunehmen, dass in Folge der Influenza sich Entzündungsvorgänge im Gehirn entwickelt haben, welche zu der akut eingetretenen schweren psychischen Störung Veranlassung gaben.« —

Becker berichtet einen durch die Periodicität des Auftretens der Störungen ausgezeichneten Fall von Geisteskrankheit nach Influenza. Bei einer 24jährigen Bauerntochter trat nach 8tägigem Bestehen der Influenza gegen 5 Uhr Morgens heftige Aufregung ein, die Pat. versuchte aus dem Fenster zu springen, schimpfte die Anwesenden, die sie offenbar nicht erkannte, Hexen und Teufel etc. Wurde nach Auflegen von Eis auf den Kopf ruhiger, hatte nachher nur theilweise und traumhafte Erinnerung an das Vorgegangene. Sie redete sehr leise, sehr viel ungefragt und in einem eigenthümlich gleichförmigen Tone; Unruhe der Hände, abnormes Gefühl in der linken Schulter, in der linken Hand Gefühl von Taubheit. Am folgenden Morgen gegen 5 Uhr wieder stärkere Unruhe, Gesichtsröthung, Herzklopfen; die Pat. hat eine Vision, die Mutter Gottes von Mergenthal erscheint ihr und räth ihr, das was sie im Halse fühlt und was ihr immer in den Kopf steigt, hinabzuschlucken. Fortwährende Schluckbewegungen, Gurgeln im Leibe; Ausbleiben heftiger Erregung. Den Tag über mussitirendes Sprechen, Hände unruhig. Am nächsten Morgen gegen 5 Uhr nur deutliche Parästhesie, kein Herzklopfen. Nachmittags 2 g Bromammonium, Abends eben so. Darauf kein weiterer Anfall, vollkommene Klarheit und Einsicht in das Vergangene; ein zurückbleibender Singultus verschwand erst nach 8 Tagen. —

Metz berichtet einen Fall von Heilung einer Psychose nach resp. durch Influenza. Der Kranke, ein 33jähriger Ziegler, wegen Paranoia seit 21. Februar 1889 in der Heil- und Pflegeanstalt zu Brake bei Lemgo; wurde am 13. Januar d. J. von Influenza befallen, am 15. Entfieberung. Seitdem wesentliche Veränderung des ganzen Befindens, deren Beginn vom Pat. selbst auf den Tag der Entfieberung verlegt wird; am 9. Februar als geheilt entlassen. »Es ergiebt sich aus dem Mitgetheilten, dass die Influenza denjenigen somatischen Krankheiten zugezählt werden darf, bei denen eine Einwirkung auf bestehende Geistesstörung wahrgenommen ist.« —

Krause in Elbing berichtet 2 Fälle von nervösen resp. psychischen Nachkrankheiten bei Influenza; der erste betraf einen Arbeiter, der nach sonst typischer Influenza sehr erregt wurde, Verfolgungs- und Selbstmordgedanken bekam, die Nahrung verweigerte; darauf Apathie und Depression, 5tägige Stuhlverhaltung. Nach medikamentöser Herbeiführung von Stuhlentleerung und Schlaf vollständige Änderung des Krankheitsbildes, freiwillige Nahrungsaufnahme; seitdem günstiger Verlauf, nur noch etwas Mattigkeit und häufige Schwindelanfälle. Im zweiten Falle handelte es sich um einen Lehrer, bei dem nach Influenza eine bedeutende Anschwellung und livide Verfärbung der linken unteren Extremität (bis zu den Knöcheln herab) zurückblieb; auch machte sich eine leichte hypochondrische Verstimmung bemerkbar. Für eine Thrombose bestanden keine Anhaltspunkte; K. diagnosticirte daher eine einseitige Blutstagnation »durch Lähmung der gefäßverengernden Nerven der zuführenden Arterien« (Eiweiß im Urin spurweise). Die Behandlung durch Massage, Prießnitz'sche Einpackungen, Suspension der erkrankten Glieder hatte »glänzenden« Erfolg; die Anschwellung verlor sich schon nach 5 Tagen, kehrte allerdings später, jedoch nicht mehr in früherer Ausdehnung, wieder. Pat. quälte sich viel mit dem Zwangsgedanken, er würde amputirt werden müssen, da die Zeitungen von ähnlichen Fällen berichteten. Zur Zeit besteht nur noch rosenrothe Anschwellung des Unterschenkels, kein Eiweiß mehr im Urin; die Zwangsgedanken haben sich verloren, so dass Pat. seinem Berufe wieder nachgeht.

(Ref. hat 6 Fälle von schweren psychischen Störungen bei Gelegenheit der letzten Influenza-Epidemie im Anschluss an Influenza-Erkrankung zu beobachten gehabt; 3mal in rein melancholischer Form, 1mal leichte Manie, 1mal schwere akute hallucinatorische Paranoia, 1mal endlich hochgradige psychische Erregung mit epileptoiden und hysteroiden Anfällen. Die 4 ersten Fälle verliefen günstig, über den 5. fehlt es an weiterer Nachricht; Fall 6 wurde gebessert.)

Eulenburg (Berlin).

22. **Lunz.** Einiges über die Influenza-Epidemie in Moskau.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 18.)

Verf., der über 90 Fälle von Influenza beobachtet hat, will dieselbe in eine rein febrile, respiratorische und gastrische Form getheilt wissen. Husten und Schnupfen können, obwohl dieselben eine häufige und nicht selten die erste Erscheinung der Influenza ausmachen, in manchen Fällen ganz fehlen oder erst später auftreten. In sehr vielen Fällen fängt die Krankheit mit Fieber und verschiedenen Nervensymptomen an, wobei bei abortivem Verlaufe keine anderen Erscheinungen hinzukommen, und die Genesung tritt in 2—4 Tagen ein. In anderen Fällen wiederum treten gleichzeitig mit dem Erscheinen des Fiebers und der Nervenstörungen mehr oder weniger stürmische Erscheinungen von Seiten des Magendarmkanals auf. Die Fälle von sog. Febris ephemera, welche während einer Influenza-Epidemie beobachtet werden, sind zweifellos als abortive Grippeanfälle zu betrachten. Sehr möglich, dass auch viele Fälle von kurz dauerndem Fieber, welche zu anderen Zeiten beobachtet und mit verschiedenen unbestimmten Namen wie Febris ephemera, Febricula, Status febrilis bezeichnet werden, nichts Anderes als abortive Grippen sind, da die Influenza in Moskau in Form von kleinen Epidemien nicht selten auftritt. Natürlich wird die genaue Diagnose solcher Fälle, bis die Bakteriologie den Träger des Influenzavirus nicht entdeckt hat, unbestimmt bleiben.

M. Cohn (Berlin).

23. **Antonin.** Compte-rendu des cas d'influenza, traités à l'hôpital militaire de Bucarest.

(Bullet. de la soc. de méd. de Jassy 1890.)

Verf. schildert den Verlauf der Influenza-Epidemie in der Bukarester Garnison, von welcher 148 Mann in den Monaten November, December, Januar an Influenza im Lazarett behandelt wurden. Er unterscheidet 5 Formen: 1) eine nervöse (46 Fälle), 2) eine rheumatische oder arthritische (10), 3) eine mit Ausschlag beginnende (14), 4) vorwiegend Symptome von Seiten der Respirationsorgane (70), 5) vorwie-

gend Symptome von Seiten des Verdauungstractus (8). Verf. giebt dann eine genaue Schilderung des Verlaufes der einzelnen Formen, der beobachteten Komplikationen und Nachkrankheiten, ohne für den deutschen Leser etwas Neues zu bieten.

Den Schluss bilden einige therapeutische Bemerkungen: Chinin und Antipyrin wurden mit Nutzen in Anwendung gezogen. **M. Cohn** (Berlin).

24. **J. Neumann.** Über die klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 5.)

Die Frage, welche von Gynäkologen besonders oft bestritten wird, ob es eine Colpitis inflammatoria idiopathica giebt, bejaht Verf. ganz entschieden. Die krankhaften Vorgänge in der Vaginalschleimhaut sind denen der äußeren Haut fast analog; während aber in der letzteren die Entzündung von den Follikeln (Haarbälgen, Talg- und Schweißdrüsen) sich ausbreitet, ist die Entzündung der Vaginalschleimhaut nicht an gewisse Punkte gebunden, sondern erscheint mehr diffus. Die Knötchen bei der sogenannten Vaginitis papulosa sind durch Vergrößerung der Papillen in Folge entzündlicher Vorgänge in denselben entstanden. Die einzelnen anatomischen Details, welche N. bei den anderen Formen der Colpitis, sowohl der akuten wie der chronischen und der senilen Atrophie gefunden, lassen sich nicht gut im Referat wiedergeben, sie müssen im Original nachgesehen werden. Von großem Interesse erweist sich aber seine Beobachtung der aphthösen Vaginitis, welche wegen ihrer gleichzeitigen Affektion der Mundschleimhaut den unumstößlichen Beweis von der Existenz dieser Erkrankung bietet.

Joseph (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

25. **G. Klemperer.** Grundriss der klinischen Diagnostik.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1890. Mit 56 Abbildungen.

Das Werk, welches dem Leiter der ersten medicinischen Klinik zu Berlin, E. Leyden, zu seinem 25jährigen Klinikerjubiläum gewidmet ist, giebt die Regeln der medicinisch-klinischen Diagnostik wieder, wie sie in dieser Klinik geübt werden. Zunächst setzt K. den Gang der diagnostischen Untersuchung aus einander, welcher sich auf der Klinik nach einem bestimmten Schema gestaltet, welches die Anamnese und den Status praes. des Pat. genau festzustellen hat. Der Verf. schildert dann in den folgenden Kapiteln die Diagnostik der einzelnen Krankheiten, welche er in Allgemeinerkrankungen (Infektionskrankheiten, Affektionen des Nervensystems, des Blutes, Stoffwechselanomalien) und Krankheiten der verschiedenen Organe zusammenfasst. In einem besonderen Abschnitte beschreibt Verf. sehr ausführlich die Urinuntersuchung und beleuchtet zum Schluss die thierischen und pflanzlichen Parasiten, welche im und am menschlichen Körper vorkommen können. Das Werkchen, dessen Eintheilung sich, wie die Inhaltsangabe zeigt, wohl von ähnlichen unterscheidet, bringt für den Anfänger alles Wissenswerthe, während es für Vorgeschrittenere recht gut zur schnellen Orientirung brauchbar ist. Die Zeichnungen und Ausführung der Figuren, die Ausstattung des Buches sind vortrefflich, so dass an demselben nichts zu tadeln wäre. Nur eine kleine Aussetzung möchte sich Ref. gestatten. Es stützt K. die Diagnose der putriden Bronchitis auf übelriechenden Auswurf, Freisein desselben von charakteristischen Bestandtheilen. Bereits Dittrich und Traube haben auf das konstante Vorkommen der nach ersterem Autor benannten Pfröpfe bei dieser Affektion aufmerksam gemacht und die übelriechende Beschaffenheit des Auswurfs allein ohne diese Anwesenheit jener Gebilde genügt keineswegs zur Annahme einer putriden Bronchitis.

G. Meyer (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i|E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 29. **Sonnabend, den 19. Juli.** **1890.**

Inhalt: **F. A. Hoffmann**, Weitere Bemerkungen über Salzsäure im Mageninhalt. (Orig.-Mittheilung.)

1. **Buchner** und **Voit**, 2. **Buchner** und **Sittmann**, Bakterientödtende Wirkung des Blutes und Blutserums. — 3. **Strassmann**, Todtenstarre des Herzens. — 4. **Mendel**, Reflektorische Pupillenstarre. — 5. **F. Klemperer**, Nierenveränderung bei Sublimatvergiftung.

6. **Adler** und **Stern**, Magenverdauung bei Herzfehlern. — 7. **Hayem** und **Winter**, Magenverdauung. — 8. **Davis**, Verschluckte Sicherheitsnadel. — 9. **Copeman**, Gallenfistel. — 10. **Vierhuff**, Fremdkörper in den Luftwegen. — 11. **Opitz**, Perubalsam bei Lungenphthise. — 12. **Karlinski**, Typhöse Pneumonie. — 13. **Sézary**, Tropenfieber. — 14. **Karlinski**, Bac. enteritidis Gärtner. — 15. **E. Fraenkel** und **Kiderlen**, Übergang von Mikroorganismen auf den Fötus. — 16. **Zarniko**, Diphtheriebacillus. — 17. **F. Klemperer**, Traumatische Tabes. — 18. **Moty**, Bulbärparalyse. — 19. **Auché** und **Lespinasse**, Erythromelalgie. — 20. **M'Clure**, Multiple Neuritis durch Arsen. — 21. **Helbing**, Pharyngitis phlegmonosa. — 22. **Eichhoff**, Aristol. — 23. **Imossi**, Jodtinktur innerlich bei Warzen. — 24. **Unna**, Trichophytia capitis.

Weitere Bemerkungen über Salzsäure im Mageninhalt.

Von

F. Albin Hoffmann in Leipzig.

Auf Anregung von C. A. Ewald hat in dankenswerther Weise Albert Meyer übernommen, verschiedene vorhandene Methoden der Salzsäurebestimmung auf ihre Genauigkeit mit einander zu vergleichen[1]. Die Parallele, welche dabei zwischen der Methode von Sjöqvist und der von mir nach einer Idee von Ostwald ausgearbeiteten[2], durchgeführt ist, giebt mir zu einigen Bemerkungen Veranlassung, um allen Missverständnissen zu begegnen.

Was zunächst die Resultate Meyer's betrifft, so ist es erfreulich die gute Übereinstimmung beider Methoden konstatirt zu sehen;

[1] Dissertation, Berlin, 1890. April.

[2] Diese Zeitschrift 1889. No. 46.

auch ich habe dieselbe schon früher gefunden, aber bei einer größeren unter variabeln Bedingungen ausgeführten Reihe von Vergleichen konnte ich doch auch so große Differenzen finden, dass sie die Fehlerquellen weit übertrafen. Und es ist das auch gar nicht anders möglich, beide Methoden können nicht immer gleiche Resultate geben, weil sie nicht dasselbe bestimmen. Sjöqvist bestimmt eben Alles, was an Salzsäure vorhanden ist; in welchem Zustande sie sich befindet, ist gleichgültig, wenn sie nur durch kohlensauren Baryt beim Eindampfen in Chlorbaryum übergeht. Es ist schon hinreichend hervorgehoben, dass sich die Salzsäure im Mageninhalt in zwei wesentlich verschiedenen Zuständen finden kann, ein Theil ist ganz frei und physiologisch wirksam, er wirkt auf die bekannten Farbstoffe, als deren Prototyp man das Tropäolin 00 betrachten kann. Der andere Theil ist durch schwache Basen gebunden, er reagirt nicht auf Tropäolin, wohl aber noch auf Lackmus und Phenolphthalein, er ist physiologisch nicht wirksam. Sjöqvist bestimmt beide Arten der Salzsäure zusammen, die Polarisation bestimmt nur die erstere, die physiologisch wirksame. Es kommt also darauf an, was man wissen will, danach muss man die eine oder die andere Methode wählen.

Wenn man auf dem rein chemischen Standpunkte steht, so wird man die Zahl von Sjöqvist höher schätzen. Man muss aber auch in diesem Falle die Genauigkeit richtig beurtheilen. Man darf nie vergessen, dass kohlensaurer Baryt in Wasser doch eben nicht unlöslich, sondern sehr merkbar löslich ist, und mit sehr gutem Grunde will Sjöqvist nicht mehr Filtrat als 50 ccm erzielen. Dass die Methode auch durch das Vorhandensein von Ammoniakverbindungen einen Fehler machen könnte, ist zu erwähnen, da die mögliche Größe desselben bisher noch nicht berechnet ist.

Die Zahlen, welche mit dem Polarisationsapparate gefunden werden, beziehen sich lediglich auf freie, physiologisch wirksame Salzsäure. Hier bestimmen wir quantitativ dasjenige, was wir mit dem Tropäolin qualitativ bestimmen. Diese Zahlen sind nach jetziger Anschauung das wahre Maß der Wirksamkeit des Magensaftes und so möchte ich sie für die physiologische Betrachtung als die maßgebenderen bezeichnen[3].

Wenn nun im Magensafte die schwachen Basen, welche das Eiweiß theilweise binden, nur in sehr geringer Menge vorhanden sind, so ist einleuchtend, dass die Barytmethode und die Polarisationsmethode gut übereinstimmende Zahlen geben müssen. Und so ist es bei Albert Meyer gewesen, welcher den Mageninhalt nach dem Ewald'schen Probefrühstück untersuchte. Kartoffelbrei, Stärkekleister dürften ähnlich günstig sein, Milch schon schlechter, noch mehr

[3] Die Methode von Mintz (Wiener klin. Wochenschrift 1889 No. 20) ist nur erheblich ungenauer, sie giebt aber auch gerade diese physiologisch wichtigen Zahlen.

Eiweiß. Eine ausgiebige Probemahlzeit wird also leicht zu falschen Schlüssen verführen, wenn man den obwaltenden Verhältnissen nicht genügend Rechnung trägt. Ich halte es nicht für überflüssig, dieselben noch einmal ganz kurz zu charakterisiren. Nehmen wir Pepton als Repräsentanten aller schwachen im Magensaft vorhandenen Basen an, so stellt sich, wenn dasselbe mit Salzsäure zusammenkommt, ein eigenthümliches Verhältnis nach dem Gesetz der Massenwirkung her. Es entsteht ein Gleichgewicht zwischen 4 Stoffen: Salzsäure, Pepton, salzsaurem Pepton und Wasser. Wird irgend einer dieser vier geändert, so wird auch das Gleichgewicht geändert. Man darf also nicht denken, dass, wenn man z. B. so viel Salzsäure und Pepton zusammengebracht hat, dass ein wenig Salzsäure frei ist, und man fügt neue Salzsäure hinzu, alle diese neu hinzugefügte nun frei bleiben wird. Es ist praktisch nützlich, so wie es Moritz[4] gethan hat, zu berechnen, wie viel Salzsäure von Pepton festgelegt werden kann, aber es wäre falsch, wenn man die Idee hätte, Salzsäure und Pepton seien nach Äquivalenten an einander gebunden. Mit Recht giebt auch Moritz nicht eine bestimmte Zahl, sondern sagt 8—12 auf 1, denn schon wenn mehr oder weniger Wasser hinzugefügt wird, ändert sich dieselbe. Für das Verständnis dieser Verhältnisse kann ich wieder nur die Darlegungen in Ostwald's Lehrbuch der allgemeinen Chemie II p. 640 ff. dem Studium empfehlen[5]. Es findet in unserem Falle die Guldberg-Waage'sche Gleichung ihre Anwendung und sie würde hier so lauten: Eine Konstante mal der vorhandenen Menge freier Salzsäure mal der vorhandenen Menge freien Peptons ist gleich einer anderen Konstanten mal der gebildeten Menge salzsauren Peptons mal der vorhandenen Menge Wassers. Auf der einen Seite verbindet sich Salzsäure immer mit Pepton, auf der anderen zersetzt das Wasser immer salzsaures Pepton und so ist das Zustandekommen eines Gleichgewichts verständlich, welches durch Änderung einer jeden Komponente alterirt werden muss. Im verdauenden Magen wird es alterirt durch Absonderung von Salzsäure und durch Resorption und Weiterbeförderung. Auf diesem Wege vermehrt sich der Gehalt des Magens an freier Säure bis zu einer gewissen Größe, welche je nach der Menge der zugeführten und sich bildenden Basen früher oder später erreicht wird. Diese Größe, welcher der Säuregehalt des verdauenden Magens zustrebt, ist je nach der Natur des Individuums verschieden, und scheint bei ganz gesunden, kräftigen Menschen in den besten Lebensjahren 0,15% zu betragen. Bei Vielen ist sie niedriger, ja es giebt eine nicht geringe Menge ganz Gesunder, namentlich älterer Leute und Kinder, bei welchen, wie es scheint, der Magen zufrieden ist, wenn er so viel Salzsäure geliefert hat, dass der Sättigungspunkt erreicht ist. Diese Verhältnisse bedürfen noch der Prüfung an einem großen Materiale.

---

[4] Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV.

[5] Oder desselben Verf. Grundriss der allgemeinen Chemie. p. 296.

Hat der Mageninhalt das individuelle Säuremaximum erreicht, so hört die Salzsäureproduktion auf, offenbar durch eine Art der Selbstregulirung; Peristaltik und Resorption arbeiten dann weiter bis zur völligen Entleerung.

Sättigungspunkt nenne ich dabei den Moment, wo so viel Salzsäure abgesondert ist, dass sie nun anfängt als freie Säure für die Reaktionen bemerklich zu werden. Es ist also dieser Punkt immer etwas Willkürliches, von der Feinheit der Reagentien abhängig, praktisch für uns ist es der Punkt, bei welchem die Phloroglucin-Vanillinreaktion deutlich, und für unsere messenden Methoden der, wo ein Einfluss auf Rohrzucker mit dem Polarisationsapparate konstatirbar wird. Findet man einen Magensaft im Sättigungspunkte, so muss er diese Reaktionen geben, sobald man ihm eine geringe Menge Salzsäure hinzufügt.

Im Allgemeinen kann man von den vorliegenden Methoden verlangen, dass sie noch 0,02% HCl zuverlässig angeben. Wenn man unter diese Größe hinabsteigen will, so wird man durch sorgfältiges Einhalten der günstigsten Bedingungen die quantitative Bestimmung bis auf 0,01%, die qualitative vielleicht noch etwas weiter treiben können. Unter gewöhnlichen Verhältnissen ist es gerathen, sich mit 0,02% zu begnügen, wenn man nicht Gefahr laufen will, sich durch Pseudoexaktität selbst zu täuschen.

---

1. **H. Buchner** und **Fr. Voit.** Über den bakterientödtenden Einfluss des Blutes.

(Archiv für Hygiene Bd. X. p. 84.)

2. **H. Buchner** und **G. Sittmann.** Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Wirkungen des Blutes und Blutserums. (Schluss.)

(Ibid. p. 121.)

Die Frage von der bakterientödtenden Wirkung des Blutes ist bereits von Fodor, Nuttall und Nissen in Angriff genommen worden. Die Versuche von B. und V., deren Methodik eine von der ihrer Vorgänger vielfach abweichende war, führten zu Resultaten, welche die der erstgenannten Autoren vielfach bestätigen, in manchen Punkten ergänzen. Es ergab sich, dass das defibrinirte, von Leukocyten freie Blut von Kaninchen und Hunden bei Körpertemperatur eine stark tödtende Wirkung auf Typhusbacillen und Choleravibrionen ausübt; weniger stark tödtend wirkt dasselbe auf Milzbrand- und Schweinerothlaufbacillen und weniger auf den Bacillus pyocyaneus. Diese tödtende Wirkung erlischt nach einer Anzahl von Stunden; während also z. B. bei Impfung des Blutes mit mittleren Dosen Milzbrandkultur, die nach 24 Stunden gegossenen Platten eine bedeutende Verminderung der Zahl der Kulturen gegenüber den unmittelbar nach der Impfung angelegten zeigen,

kann nach 5 Stunden bereits wieder eine Vermehrung eingetreten sein; diese Vermehrung tritt desto eher ein, je größer die Aussaat war. Die gleiche Wirkung wie das defibrinirte, zeigte auch das Vollblut, eben so Blut von Hunden, dessen Gerinnungsfähigkeit durch Injektion von Pepton aufgehoben war, eben so endlich das Blut, das während des Lebens durch doppelte Ligatur der Arterie abgesperrt war; die bakterientödtende Wirksamkeit muss daher als eine Eigenschaft des lebenden innerhalb des Gefäßsystems kreisenden Blutes und sie kann nicht als eine Absterbeerscheinung betrachtet werden. Bei längerem Verweilen des Blutes außerhalb des Körpers erlischt sie langsam, durch einstündiges Erwärmen auf 55° C. oder durch Gefrieren und Wiederaufthauen des Blutes wird sie sofort zerstört; ein solches Blut wirkt dann nur noch als Nährboden. Es könnte daran gedacht werden, dass der schädigende Einfluss des Blutes auf Bakterien auf der starken Koncentration dieses Mediums beruht; es spricht dagegen indess nicht nur die eben erwähnte Unschädlichkeit des erwärmten Blutes, sondern auch weitere Versuche B.'s und V.'s, die ergaben, dass nur bei krystallisirenden, aber nicht bei kolloiden Substanzen ein derartiger Einfluss der höheren Koncentration auf Bakterien besteht. —

Eine weitere von B. und S. gemeinsam angestellte Untersuchung ist der Frage gewidmet, welchen Bestandtheilen des Blutes die bakterientödtende Wirkung des Blutes zuzuschreiben ist. Es stellte sich dabei heraus, dass diese dem reinen, aus Vollblut durch freiwillige Ausscheidung gewonnenen Serum von Hunden und Kaninchen bei völligem Freisein von Blutkörperchen zukommt. Ein solches Serum äußerte bei 37° in allen Fällen stark tödtende Wirkung auf Typhusbacillen. Tödtende Wirkung wurde ferner konstatirt auf Milzbrandbacillen, Bacillus coli communis und einen typhusähnlichen Bacillus aus Wasser, gering tödtende Wirkung auf Schweinerothlauf- und einen Dejektionsbacillus. Wie beim Vollblut, so trat auch beim Serum eine Vernichtung der Wirksamkeit durch höchstens 6stündige Erwärmung auf 52° C. ein; schon die Temperatur um 45,6° C. bedingt bei 20stündiger Dauer eine bedeutende Herabminderung der Wirksamkeit. Im Gegensatz zum Vollblut aber bleibt durch Gefrieren und Wiederaufthauen die Wirksamkeit der Serums auf Bakterien völlig ungeändert. Die Verff. erklären sich diesen Unterschied durch die Annahme, dass beim gefrorenen und wiederaufgethauten Vollblut Blutkörperchen zerfallen, ihre Bestandtheile in Lösung gehen und der nährende Einfluss dieser den tödtenden des Serums überkompensirt; sie stellen das allgemeine Gesetz auf, dass Zusatz von Nahrungsmitteln durch die Förderung, welche dem Bakterienwachsthum hierdurch zu Theil wird, die Wirksamkeit bakterienfeindlicher Agentien aufzuheben vermag. Es wird dies durch zwei Reihen von Versuchen bewiesen; in der ersten wurde Blutserum mit verschieden großen Mengen Fleischpepton vermischt; die Zunahme der Keimzahl ging der Menge des Peptonzusatzes parallel. In der zweiten

wurde auf 55° erwärmtes und dadurch seiner bakterientödtenden Eigenschaft beraubtes, zum bloßen Nährsubstrat umgewandeltes Blut in verschiedener Koncentration einer 5%igen Lösung von Natrium salicyl. zugesetzt; je stärker die Koncentration des Blutes, desto mehr wurde die antiseptische Wirkung des salicylsauren Natrons gehemmt. Die schnellere Aufhebung der bakterienvernichtenden Wirksamkeit des Blutes bei Aussaat größerer Bakterienmengen wird so erklärt, dass durch den Einfluss der Lebensthätigkeit der Bakterien ein allmählich steigender Zerfall von Blutzellen oder eine Ausscheidung von gut nährenden Stoffen aus denselben stattfindet, wodurch der tödtende Einfluss mit der Zeit paralysirt wird, dass diese Wirkungen aber naturgemäß je größer die Bakterienmenge desto schneller eintreten. Besonders wichtig erscheint den Verff. der Nachweis, dass nicht alle Nahrungsstoffe, die in einem Organ oder Gewebe überhaupt vorhanden sind, für die Bakterienernährung in Betracht kommen, sondern nur diejenigen, welche durch Untergang von Zellen oder durch Ausscheidung aus solchen frei geworden und in Lösung übergegangen sind.

Ferner von B. und M. Orthenberger gemeinsam angestellte Versuche zeigten, dass weder Neutralisiren des Serums noch Zusatz von Pepsin, weder Entfernung der Kohlensäure noch Behandlung mit Sauerstoff einen Einfluss auf die bakterientödtende Wirkung ausübt. Dialyse des Serums gegen Wasser jedoch vernichtet die Wirksamkeit, während bei Dialyse gegen physiologische Kochsalzlösung dieselbe erhalten bleibt. Da im Diffusat kein bakterientödtender Stoff nachzuweisen ist, kann die Aufhebung der Wirksamkeit bei der Dialyse gegen Wasser nur durch den Verlust der Salze des Serums bedingt sein. Das Nämliche beweist die Thatsache, dass bei Verdünnung des Blutes mit Wasser die Wirksamkeit erlischt, bei Verdünnung mit 0,75%iger Kochsalzlösung nicht. Dieser Salzgehalt selbst kann natürlich die Bakterienvernichtung nicht bewirken, er ist augenscheinlich nur eine Vorbedingung für die normale Wirksamkeit der Serumalbuminate, die durch seine Abwesenheit eben so wie durch die Erwärmung auf 55° in einen unwirksamen Zustand übergeführt werden. **Strassmann** (Berlin).

---

3. **F. Strassmann** (Berlin). Die Todtenstarre am Herzen.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin. N. F. Bd. LI. p. 300—311.)

In knapper, präciser Form berichtet Verf. das Resultat von Experimenten, welche er zur Nachprüfung des bisher feststehenden Satzes, dass man beim Tode durch Herzlähmung den linken Ventrikel gefüllt und ausgedehnt, beim Tode durch Erstickung den rechten Ventrikel diastolisch, den linken dagegen leer und kontrahirt findet, angestellt hat. Die Versuche erstrecken sich auf Hunde, welche durch Blausäure, Erschlagen, Verstopfung der Trachea, Herzgift (von J. Munk, das plötzlichen Herzstillstand bei fortdauernder Athmung bewirkt), durch Strychnin, Muscarin, Chloroform und Ver-

blutung getödtet wurden. Verf. untersuchte jedes Mal die Ventrikel und Atrien auf Kontraktion, Füllung etc. unmittelbar nach dem Tode und 1 resp. 24 Stunden post mortem. Es stellte sich nun heraus, dass am frisch untersuchten Herzen bei primärer Herzlähmung (auch beim Tod durch Erschlagen?) die Füllung des linken Ventrikels resp. der linken Herzhälfte stärker ist als die der rechten, beim Tode durch akute Erstickung das umgekehrte Verhältnis statthat. Hervorzuheben ist, dass im frischen Zustande bei keiner der untersuchten Todesarten ein systolischer Herzstillstand zu beobachten war, der rechte wie der linke Ventrikel war in Diastole, weich und blutgefüllt, selbst nach Tod durch Strychnin. Ganz anders jedoch ist das Bild nach Eintritt der Leichenstarre. Bei der späteren Untersuchung findet man fast stets den linken Ventrikel fest kontrahirt, seines Inhaltes größtentheils oder ganz entledigt, auch wenn es sich um einen Fall von Herztod handelt, der ihn ad maximum gefüllt hatte. Bei dem muskelschwächeren rechten Ventrikel sind die Zeichen von Kontraktion und Entleerung geringer; nur bei Verblutung wird ihm die völlige Fortschaffung des Inhaltes möglich. Da die meisten Sektionen bei bereits eingetretener Leichenstarre vorgenommen werden, so bleiben die Fälle zu erklären, in denen nach Tod durch Herzlähmung thatsächlich Überfüllung des linken Ventrikels gefunden wird. In solchen Fällen, glaubt Verf., handelt es sich um ein Ausbleiben der Herzstarre in Folge von Degeneration des Herzmuskels, wie er dies bei dem einen an Staupe erkrankten Versuchsthier und früher bei Gelegenheit langdauernder Chloroformnarkose gesehen. Das wichtige Ergebnis dieser Untersuchungen ist, dass der Herzbefund, wie er bei der Sektion erhoben wird, nicht gestattet, denjenigen, der im Moment des Todes bestand, zu rekonstruiren.

Rönick (Berlin).

---

4. **F. Mendel.** Über reflektorische Pupillenstarre.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 47.)

Bei einer Anzahl von Hunden, Katzen und Kaninchen wurde kurze Zeit nach der Geburt, sobald die Augen sich geöffnet hatten, die Iris vermittels einmaliger oder wiederholter Iridektomie zum größten Theil entfernt. Der größte Theil der operirten Augen ging zu Grunde, d. h. der Augapfel vereiterte. Nach einigen Monaten wurden die Thiere getödtet und die Gehirne in Serienschnitten untersucht. In den Fällen mit Vereiterung des Bulbus und Sehnervenatrophie fand sich Atrophie der vorderen Vierhügel, des Corp. genicul. ext. auf der entgegengesetzten Seite und Atrophie des Ganglion habenulae auf der operirten Seite. Die Fälle, wo der Augapfel erhalten blieb, wiesen regelmäßig nur eine Atrophie des Ganglion habenulae der operirten Seite auf. Es erscheint somit die Annahme berechtigt, dass in dem Gangl. habenul. ein Centrum für die Pupillarbewegung gegeben ist, das in der Entwicklung zu-

zückbleibt, wenn es keine Aufgabe zu erfüllen hat, wenn, wie bei iridektomirten Thieren, eine Irisbewegung nicht stattfindet.

Nun hat Darkschewitsch auf Grund anatomischer und physiologischer Untersuchung nachgewiesen, dass die Pupillenfasern des Tract. optic. in die Gland. pineal. und in das Gangl. habenul. gehen, es würde demnach das Gangl. hab. als ein reflektorisches Centrum für die Pupillenbewegungen aufzufassen sein. Eine Angabe Gudden's über einen vor den oberen Vierhügeln liegenden Buckel, physiologische Untersuchungen von Bechterew, Hensen, Völkers und Christiani, welche alle die Bedeutung speciell der hinteren Wand des dritten Ventrikels für die Pupillenbewegung hervorheben, lassen sich mit den Ergebnissen von M.'s Untersuchungen gut in Einklang bringen. Welches ist nun der Weg des Reflexbogens? Zwischen den Gangl. habenul. beider Seiten findet sich eine im untersten Theil der Commissura post. verlaufende Kommissur. Der dem atrophischen Gangl. habenulae benachbarte Theil dieser Kommissur wird ebenfalls atrophisch, lässt sich noch ein Stück in die hintere Kommissur verfolgen und deutet nach M. den Weg zum Sphincterenkern an. Es fand sich jedoch unter den zum Oculomotoriuskern gehörigen Zellhaufen keine Atrophie, dagegen ließ sich in 2 Fällen eine Atrophie des Gudden'schen Kerns nachweisen. Es würde sich also die Reflexbahn für den das Auge treffenden Lichtstrahl und die darauf folgende Zusammenziehung der Pupille zusammensetzen: Nervus opticus, Tractus opticus, ungekreuzt zu dem Gangl. habenul., von dort durch die hintere Kommissur zum Gudden'schen Kern und aus diesem zu den Fasern des Oculomotoriuskammes. Diese Untersuchungen M.'s weisen uns den Weg, welchen wir in Zukunft bei diesbezüglichen pathologisch-anatomischen Untersuchungen beim Menschen einzuschlagen haben.

A. Cramer (Eberswalde).

---

5. **F. Klemperer.** Über die Veränderungen der Nieren bei Sublimatvergiftung.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3.)

In dieser von der Berliner medicinischen Fakultät gekrönten Preisschrift giebt K. zuvörderst eine eingehende Darstellung des geschichtlichen und kasuistischen Materials über die Sublimatvergiftung, um alsdann die Ergebnisse seiner eigenen experimentellen, pathologisch-anatomischen Studien vorzuführen.

Die Einverleibung des Quecksilbers bewerkstelligte K. stets durch subkutane Injektion; Abscesse traten an den Injektionsstellen nie auf, wohl aber stärkere oder geringere Entzündungserscheinungen. Das hauptsächlichste Versuchsthier war das Kaninchen.

Die Ergebnisse seiner Thierversuche stellt K. in folgenden Sätzen zusammen:

In die Blutbahn aufgenommenes Sublimat wird außer vom Darm

auch durch die Nieren ausgeschieden und reizt hierbei die Nierenepithelien zu entzündlichen Erscheinungen.

In den akuten Vergiftungsfällen, wo große Mengen Quecksilber einen sehr schnellen Tod herbeiführen, findet eine starke Fluxion nach den Nieren statt; anatomisch bemerkt man nur die starke Hyperämie. Dauerte das Leben noch mehrere (5—10) Stunden lang, so finden sich Blutungen ins Nierenparenchym und es macht sich eine beginnende Trübung der Epithelien geltend.

Bei längerer Dauer der Vergiftung prägt sich die parenchymatöse Entzündung deutlicher aus. Dieselbe ist in den meisten cylinderenthaltenden gestreckten Harnkanälchen in der Rinde und in den Kanälchen der Marksubstanz weniger ausgeprägt als in den Tubulis contortis. In diesen letzteren führt die Entzündung sehr schnell zu einer bezirksweise sich ausbreitenden Zellnekrose. In einem Theile — etwa der Hälfte — der subkutanen Vergiftungsfälle geht mit der degenerativen parenchymatösen Entzündung eine Kalkablagerung einher, die in den gestreckten Kanälchen, innerhalb der diese ausfüllenden Cylinder beginnt (schon nach 18—24 Stunden) und später auf die nekrotischen Herde der Tubuli contorti übergreift. Meist besteht eine geringe Glomerulonephritis.

Bei der chronischen Form der Vergiftung ist die parenchymatöse Entzündung weniger ausgeprägt. Die Zellnekrose in den Tubulis contortis besteht in meist geringem Grade, Verkalkungen fehlen, die interstitielle Entzündung ist stärker entwickelt.

Bei Hunden besteht ebenfalls eine parenchymatöse Nephritis, die aber nicht in Nekrose, sondern in fettige Metamorphose ausgeht; hier sind die Kalkablagerungen selten und vereinzelt.

Ein alternirendes Verhältnis zwischen Nierenerkrankung und Darmaffektion besteht nicht.

Den pathologisch-histologischen Befunden nach ist die Analogie zwischen der Sublimatniere des Menschen und der des Kaninchens eine ziemlich vollkommene. Nur scheint beim Menschen die Fettmetamorphose etwas häufiger als beim Kaninchen zu sein.

Die angeführten makroskopischen und mikroskopischen Befunde in den Nieren sind nun nicht so charakteristisch, dass sie an und für sich die Diagnose einer Sublimatintoxikation gestatteten. Vergiftungen mit Mangan, Glycerin, Bismuthum subnitricum rufen in der Niere dasselbe Bild hervor, auch eine arterielle Anämie, z. B. durch temporäre Kompression der Nierenarterie, konnte betheiligt gewesen sein.

Ein specifisches anatomisches Merkmal für Quecksilbervergiftungen findet sich demnach in der Niere nicht; aber allerdings liegt bei ausgedehnten Kalkanhäufungen in der entzündeten Niere eine Aufforderung vor, auch an Sublimatvergiftung zu denken.

In einem Nachtrag erörtert K. die Differenzen in der Anschauungsweise Kaufmann's und der seinigen bezüglich der Patho-

genese der von beiden Autoren übereinstimmend beschriebenen Befunde. Kaufmann leitet die gesammten Veränderungen von den durch das Sublimat erzeugten kapillaren Gerinnungen ab, welche indirekt arterielle Anämie, in Folge deren Nekrose und schließlich Verkalkung der nekrotischen Zellen eintritt. K. erkennt dagegen keine einfache Nekrose an, sondern eine durch den Reiz des Quecksilbers bewirkte Entzündung; nicht etwa eine Eigenart der Entzündung oder des dieselbe bedingenden Reizes, sondern eine specielle Eigenthümlichkeit der Zellen der Kaninchenniere sei es, die den Ausgang in Verkalkung veranlasste, während derselbe Reiz und dieselbe Entzündung auf die Niere des Hundes einwirkend in dieser letzteren hauptsächlich fettige Metamorphose herbeiführten.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

6. **A. Adler und R. Stern.** Über die Magenverdauung bei Herzfehlern. (Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Biermer in Breslau.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 49.)

Die Untersuchungen Hüfler's aus der Erlanger Klinik über die Magenverdauung bei Herzfehlern, welche durch ihre mangelhafte Methodik, eben so wie durch die eigenthümlichen Schlussfolgerungen zu einer berechtigten Kritik herausfordern mussten, sind von den Verff. in der Biermer'schen Klinik einer Nachprüfung unterzogen worden. A. und S. haben an 20 Herzkranken nach Darreichung eines Probefrühstückes das Verhalten des Mageninhaltes untersucht. Hierbei fanden sie in 16 Fällen mit den üblichen Reagentien konstant freie HCl, 2mal inkonstant, bei 2 Pat. niemals. 7 Pat. hiervon hatten subjektive dyspeptische Beschwerden; auf sie vertheilen sich 4 mit konstanter, 2 mit inkonstanter und 1 ohne Reaktion. Die Verschiedenheit ihrer Befunde mit denjenigen Hüfler's, welcher 2 oder 6 Stunden nach Darreichung einer Leube'schen Probemahlzeit in den nüchternen Mägen nie HCl vorfand, begründen die Verff. mit der Methode Hüfler's, welcher eben zu einer Zeit HCl im Mageninhalt suchte, wo sie nach dem übereinstimmenden Ausspruch der maßgebenden Autoren entweder noch nicht oder nicht mehr gefunden zu werden pflegt. Eine weitere Bestätigung erfuhr diese Annahme durch eine nochmalige Untersuchung derselben Fälle nach der von Hüfler angegebenen Art. Wie vorauszusehen, fand sich hier in der überragenden Mehrzahl der Fälle, die vorher geprüft nach dem Probefrühstück HCl ergaben, keine HCl, wie eben so wenig bei einer Anzahl nach derselben Art untersuchter augenscheinlich magengesunder Leute. Die Verff. weisen daher mit Recht die Schlüsse Hüfler's zurück, dass »die beständige Stauung in der Cirkulation auch bei wohlkompensirten Herzfehlern Sekretionsanomalien hervorrufe« und führen die subjektiven Magenbeschwerden bei Herzfehlern auf centrale Ursachen zurück.

Honigmann (Gießen).

7. **Hayem et Winter.** Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique.

(Bullet. méd. 1889. No. 95 u. 1890. No. 8.)

H. beschreibt zunächst ein neues Verfahren von W. zur Bestimmung der Salzsäure im Magensaft und stellt dann die Ergebnisse zusammen, zu welchen er mittels dieser Methode gelangte:

1) Der Magen ist während der Verdauung Sitz chemischer Erscheinungen, welche sich in ziemlich regelmäßiger Weise gestalten. Die Schnelligkeit dieser

Entwicklung ist um eben so viel größer als die Mahlzeit einfacher und mehr im Verhältnis stehend zu den Verdauungseigenschaften der betreffenden Thierart ist.

2) Da die verschiedenartige Zusammensetzung der Chlorelemente die Grundlage der Untersuchungen über den Mechanismus für die Verff. bildete, so sehen sie eine ausschließliche Bestimmung der freien Salzsäure als vollkommen ungenügend an.

3) Sie legen im Gegentheil auf die gebundene Salzsäure erheblichen Werth und berücksichtigen sehr wohl die Beziehungen dieser zu den anderen Stoffen.

4) Die chemische Entwicklung der Verdauung umfasst nach Ansicht der Verff. zwei Hauptzeiten, die der Thätigkeit oder der Absonderung, während welcher das gebundene Chlor sich langsam vermehrt, während das fixe Chlor merklich dasselbe bleibt, und die Periode der Abnahme (Periode der Entleerung des Magens), während welcher das gebundene Chlor verringert und das fixe vermehrt wird.

G. Meyer (Berlin).

8. **Davis** (St. Paul). An open safety-pin swallowed by an infant of eight months.

(Northwestern lancet 1889. Oktober 15.)

Die Hilfe D.'s wurde am 27. August 1889 in Anspruch genommen, weil ein 8monatliches Kind in Gefahr stand, zu ersticken. Das Kind konnte bei der Untersuchung Wasser schlucken, in der Rachenhöhle war nichts zu erblicken. Die Mutter gab an, dass sie bei dem Erstickungsanfall etwas Hartes in der Tiefe der Mundhöhle gefühlt habe und da eine Sicherheitsnadel an dem Bettzeug des Kindes fehlte, so war sie überzeugt, dass das Kind dieselbe verschluckt habe. Am 3. Oktober sah die Mutter etwas aus dem Anus des Kindes hervorragen; sie zog mit einiger Mühe die weit offenstehende Sicherheitsnadel hervor; die Nadel war ein sehr starkes Exemplar. Beachtenswerth ist, dass die Nadel erst am 37. Tage per anum entleert wurde und dass trotzdem die Spitze weit hervorragte und die Nadel durch den Federdruck stets klaffend gehalten wurde, kein Festklemmen oder Eindringen in die Darmwand stattfand. **Prior** (Köln).

9. **Copeman.** Unique case of biliary fistula, with some observations on the bile obtained from it.

(Lancet 1889. No. 3430 u. 3431.)

Die Zahl einwurfsfreier Beobachtungen an Menschen mit Gallenfisteln ist gering. Daher verdienen die Beobachtungen C.'s, die an einer 26jährigen, sonst gesunden Frau mit totalem Verschluss des Ductus choledochus durch einen Gallenstein während zweier Monate angestellt wurden, volle Beachtung. Es gelang dabei, sämmtliche secernirte Galle aufzufangen. Innerhalb 24 Stunden wurden durchschnittlich 779,625 ccm secernirt, d. i. erheblich mehr als in ähnlichen Fällen von Ranke, v. Wittich, Yeo und Herroun. Das Körpergewicht der Kranken betrug während der Beobachtung 42,5—44,3 kg. Der Ausfluss der Galle erfolgte bisweilen stoßweise, anscheinend unter dem Einflusse von Kontraktionen der großen Gallenwege, und schwankte in den einzelnen Stunden zwischen 14,5 und 54,5 ccm und zwar mit einer gewissen Regelmäßigkeit. Die stärkste Sekretion erfolgte nach dem zweiten Frühstück; nach dem viel reichlicheren Mittagessen war sie sehr gering, am spärlichsten vor dem ersten Frühstück. Die in 24 Stunden secernirte Galle enthielt 1,423% feste Bestandtheile, d. i. bedeutend mehr als in anderen ähnlichen Fällen, aber viel weniger als die von Leichen gewonnene Blasengalle. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

10. **Vierhuff.** Beitrag zur Lehre von den Fremdkörpern in den Luftwegen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 23.)

Ein 7jähriges Mädchen hatte ein Stückchen Holz aspirirt. Einige Tage nachher entwickelte sich eine Pneumonie rechts hinten unten mit unregelmäßig remittirendem Fiebertypus. Am 26. Krankheitstage (Temperatur 36,9) wurde unter

starkem Würgen eine reichliche Menge gelblich-grünen Eiters ausgehustet, in welchem sich ein fast kubisches glattes Holzstückchen fand, dessen größter Durchmesser etwas mehr als $^1/_2$ cm betrug. Noch einige Stunden dauerte das häufige Husten mit eitrigem Auswurf an, dann hörten Husten und Auswurf fast ganz auf, die Temperatur blieb niedrig und die Pat. erholte sich sehr schnell.

Seifert (Würzburg).

11. **Opitz.** Die Behandlung der Lungenphthise mittels Emulsionen von Perubalsam.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 47 u. 48.)

Die zu subkutanen Injektionen benutzte Emulsion von Perubalsam wird in folgender Weise bereitet: 1 g p. g. arab. wird in 1 g Wasser gelöst, hierauf unter Reiben 2 g reinen, echten Perubalsams und 2 g physiologischer Kochsalzlösung zugesetzt und die so entstandene Emulsion mittels physiologischer Kochsalzlösung auf 10 ccm aufgefüllt; dann Neutralisation mittels Natr. bicarbon. und Sterilisation in Reagensgläsern durch einstündiges Erhitzen bei 110° C. Die Einspritzung geschieht unter peinlicher Beobachtung der antiseptischen Regeln im 1. und 2. Intercostalraum in der Parasternallinie abwechselnd rechts und links, 2mal wöchentlich. Die Injektionen sind sehr schmerzhaft.

Bei einer ersten Gruppe von Phthisikern mit Dämpfung und feinblasigem klanglosen Rasseln bis etwa zur 2. Rippe (3 Fälle) gingen im Verlaufe von 4 bis 5 Wochen alle katarrhalischen Erscheinungen auf den Lungen unter Verlust des tuberkelbacillenhaltigen Sputums zurück und es folgte eine schon in kurzer Zeit bedeutende Gewichtszunahme. Monatelang fortgesetzte Beobachtung vermochte seitdem auf den Lungen nichts nachzuweisen als eine leichte Schallverkürzung, mit etwas abgeschwächtem Athmen, dem Ausdruck der gebildeten Narben. Bei einer zweiten Gruppe (5 Fälle) von Fällen mit Dämpfung und klingendem zum Theil großblasigem Rasseln im Bereich fast eines ganzen Oberlappens (jedoch die übrigen Lungenlappen noch wenig ergriffen) war kein wesentlicher Rückgang der objektiven Lungenerscheinungen zu beobachten, doch minderte sich die Häufigkeit von Husten und Sputum bei bedeutender Besserung des Allgemeinbefindens. Komplikationen seitens anderer Organe traten nicht auf. Das Körpergewicht nahm in den ersten Wochen des Krankenhausaufenthaltes wie der Balsamkur beträchtlich ab, aber in der 7.—8. Woche der Balsamkur in einer so auffälligen Weise zu, dass in kurzer Zeit der anfängliche Verlust nicht nur ausgeglichen, sondern ganz bedeutend überkompensirt wurde. Bei den Kranken der 3. Gruppe, bei welchen im Beginn der Versuche alle Lungenlappen mehr oder weniger ergriffen waren, fand weder eine Gewichtszunahme noch eine Änderung des Lungenbefundes statt.

Seifert (Würzburg).

12. **Karlinski.** Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 18.)

In 9 Fällen von Pneumonie bei Typhus fand K. 2mal den Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumoniecoccus, 1mal den Staphylococcus pyog. aureus, 2mal den Streptococcus pyogenes in Reinkultur, 2mal denselben zusammen mit dem Typhusbacillus und schließlich 2mal ausschließlich den Typhusbacillus. K. lässt die Möglichkeit zu, dass außer in den zwei ersten Fällen auch in den übrigen anfänglich die Pneumoniediplokokken vorhanden waren, dass sie aber später von den Eiter- bezw. Typhusbakterien verdrängt wurden. K. bringt jedenfalls einen dankenswerthen Beitrag zu der noch immer nicht entschiedenen Frage, ob auch der Typhusbacillus Pneumonie erzeugen kann.

H. Neumann (Berlin).

13. **Sézary** (d'Alger). Fièvre thyphoïde, fièvre de malaria et fièvre climatique.

(Revue de méd. 1889. No. 12. December 10.)

Verf., der in Allgier reiche Erfahrung auf dem Gebiet der miasmatischen und infektiösen Krankheiten gesammelt, bespricht die Differentialdiagnose zwischen

Typhus, Malaria und gastro-intestinalem Fieber. Er erwähnt die Schwierigkeit, die richtige Diagnose im Beginne zu stellen, namentlich wenn es sich um keine einfache reine Infektion handelt, sondern um eine, z. B. scheinbare Mischform von Malaria mit Typhus. Diese letztere Kombination bespricht er ausführlich und sagt: Während bei einfacher Malaria die prompte Wirkung von Chinin sofort hervortritt, ist es auffällig, dass die Temperatur, welche während 3—4 Tagen bei Verabreichung von Chinin gefallen, wieder steigt; die gastrischen und nervösen Symptome bleiben bestehen, ja verschlimmern sich; bei Beobachtung strenger Diät, Verabreichung von Purgantien und Bädern nimmt das Fieber bald einen remittirenden Charakter an und tritt schnell Heilung ein, während die einfache Malaria zu ihrer Besserung außer Chinin keiner besonderen diätetischen Behandlung bedarf. Den Namen Typho-Malariafieber (Kelsch und Kiener) acceptirt Verf. nicht, weil er glaubt, dass es sich nicht um Infektion mit dem Eberth'schen Typhusbacillus handelt; er hält es für ein gastrisch-intestinales Fieber, das zur heißen Jahreszeit in gemäßigten Klimaten oder in heißen Klimaten auftritt (analog der Synoque in Paris) und schlägt desshalb die Bezeichnung klimatisches Fieber vor.

Rönick (Berlin).

14. **Karlinski.** Zur Kenntnis des Bac. enteritidis Gärtner.

(Centralblatt für Bakteriologie 1889. No. 11.)

Gelegentlich einer Massenvergiftung durch Rinderfleisch hatte Gärtner einen gut charakterisirten Bacillus als den Krankheitserreger nachgewiesen. K. hatte in der Herzegowina Gelegenheit, bei einer Fleischvergiftung im Stuhl und Erbrochenen des Erkrankten den gleichen Bacillus festzustellen, auch fand er ihn in dem Fleisch, welches der Betreffende genossen hatte, so wie in 5 anderen Proben des in Frage kommenden getrockneten Ziegenfleisches. Übrigens traf er ihn auch einmal im Darm eines Selbstmörders und einer gesunden jungen Ziege an. In dem Krankheitsbild der Vergiftung mit dem Bac. enteritidis ist die in der Rekonvalescenz eintretende Epidermisabschuppung besonders bemerkenswerth.

H. Neumann (Berlin).

15. **E. Fraenkel und F. Kiderlen.** Zur Lehre vom Übergang pathogener Mikroorganismen von der Mutter auf den Fötus.

(Fortschritte der Medicin 1889. No. 17.)

Abort im 5. Monat bei einer Typhuskranken, welche in der 3. Krankheitswoche steht. Im Anschluss an den Abort entsteht eine Peritonitis, welche nach 15 Tagen zum Tode führt. Als Ursache der Peritonitis findet sich bei der Sektion ein geplatzter Ovarialabscess und beiderseitige eitrige Salpingitis. Die bakteriologische Untersuchung des Fötus ergab in der Milz die Anwesenheit von Eiterbakterien (Staphylococcus pyogenes albus und flavus), während aus dem fötalen Blut und der Placenta, trotzdem diese mit punktförmigen Hämorrhagien durchsetzt war, keine Bakterien erzielt wurden. Die mütterlichen Organe, speciell der Eiter, wurden leider nicht auf Bakterien untersucht. Die Verff. nehmen an, dass von dem Eiterherd in der Mutter Bakterien in den Fötus drangen und denselben septisch inficirten, und zwar wurde der Durchtritt durch das Placentargewebe vermuthlich durch das Bestehen von Hämorrhagien in letzterem ermöglicht.

H. Neumann (Berlin).

16. **Zarniko.** Zur Kenntnis des Diphtheriebacillus.

(Centralblatt für Bakteriologie Bd. VI. No. 6—9.)

Z. wies in 21 Fällen von Diphtherie den Löffler'schen Bacillus 19mal durch die Kultur nach; hingegen fand er ihn nie in 11 Fällen von katarrhalischer Angina (hierunter 3 scarlatinöse und 1 Masernangina), so wie auf 18 gesunden Schleimhäuten anderweitig erkrankter Individuen. Einmal fand er hier einen wohl mit dem Pseudodiphtheriebacillus identischen Bacillus. Derselbe ließ sich u. A. durch mangelnde Virulenz für Meerschweinchen von dem echten Diphtheriebacillus leicht unterscheiden.

Es bestätigen also auch die Ergebnisse Z.'s die Annahme, dass der Diphtheriebacillus der Erreger der epidemischen Diphtherie ist.

H. Neumann (Berlin).

17. **F. Klemperer.** Traumatische Tabes.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.

Die Syphilis, rheumatische Einflüsse und traumatische Einwirkungen geben die direkten Ursachen der Tabes ab. Die Erkältung steht in ihrer ätiologischen Bedeutung für die Tabes unangezweifelt da, während über die Syphilis die Meinungen direkt sich widersprechen. Die Litteratur über traumatische Tabes ist im Ganzen spärlich. In einer Tabelle stellt K. die Litteraturausbeute zusammen, es sind im Ganzen 30 Fälle, welchen K. 4 neue Fälle aus Leyden's Beobachtungen anfügt. Leyden ist überhaupt der Erste gewesen, welcher in seiner Monographie (Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. Berlin, 1863) den ersten Fall von traumatischer Tabes ausführlich mitgetheilt hat. Der erste Pat., von welchem K. die Krankengeschichte veröffentlicht, bezieht sich auf einen Schlosser, welcher eine Verletzung des rechten Unterschenkels durch ein herabfallendes schweres Gewicht erlitt. Die Wunde heilte glatt in der Hospitalbehandlung, allein schon nach kurzer Zeit bemerkte Pat., dass das rechte Bein schwächer war als das linke, die Narbe schmerzte, wenn Pat. arbeitete; trotz aller Behandlung wurden die Schmerzen heftiger, auch ohne vorhergehende Übermüdung, und verbreiteten sich über das ganze Bein. Gegen Ende des nämlichen Jahres, ungefähr 8 Monate nach der Verletzung, wurde das linke Bein schwach; die Schmerzen befielen beide Beine und hatten einen schießenden Charakter. Noch nicht $1^1/_2$ Jahre nach dem Trauma musste Pat. die Klinik aufsuchen; es wurde eine komplete Tabes dorsalis konstatirt. Der zweite Pat. erlitt dadurch, dass im Kriege 1870/71 sein Pferd durch eine Kugel getroffen sich überschlug und den Reiter im Fallen begrub, eine Quetschung des rechten Fußes in der Gegend des Sprunggelenkes, ohne Fraktur, mit ausgedehnter Zerreißung der Weichtheile. Der Verlauf ist genau wie im ersten Krankheitsfalle, nur nicht so rapid. Beim dritten Pat. handelt es sich um einen Gewehrschuss in den linken Unterschenkel; nach jeder größeren Anstrengung stellten sich schmerzhafte Krämpfe in der linken Wadenmuskulatur ein, auch bei ihm traten langsam tabetische Symptome auf. Der 4. Fall endlich hat als Ausgangspunkt einen beiderseitigen Clavicularbruch durch Sturz mit dem Pferde. Alle diese Fälle liefern für die Annahme, dass die Tabes auch eine periphere Entstehungsweise zulasse, neues Beweismaterial. **Prior** (Köln).

18. **Moty.** Note sur trois cas de paralysie glosso-labio-laryngée.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 141 u. 142.)

Die Ätiologie der 3 von M. geschilderten Fälle von Bulbärparalyse ist bemerkenswerth; alle drei betreffen Mitglieder ein und derselben Familie, deren Vater und Mutter im verwandtschaftlichen Verhältnis von Vetter und Base von des Vaters Seite her stehen; die Eltern sind gesund; in der übrigen Familie haben mehrfach Heirathen unter Blutsverwandten stattgefunden, ohne irgend einen Einfluss auf die erzeugten Kinder zu haben. Im Ganzen sind in der oben erwähnten Familie 11 Kinder vorhanden, von denen das älteste 27 Jahre alt, gesund, verheirathet und Mutter von zwei noch lebenden Kindern (eins todt) ist. Das zweite Kind, ebenfalls eine Tochter, von 25 Jahren, war bis zum 8. Lebensjahre gesund, dann begannen die Erscheinungen der Bulbärparalyse. Bei der dritten, 23jährigen Tochter entwickelte sich die Krankheit vom 7. Jahre an. Das vierte Kind, 21jähriger Sohn, wurde gesund geboren, zog sich im 1. Lebensjahre durch einen Sturz eine Verrenkung des rechten Oberschenkels zu; die ersten Zeichen der Erkrankung stellten sich ebenfalls im 7. Lebensjahre ein. Das fünfte Kind, 19jähriger Sohn, hat vor 3 Jahren eine tuberkulöse Ostitis an einem Oberschenkel erworben. Das 6., 7., 8. und 9. Kind sind Knaben, das 10. und 11. Mädchen. Das letzte ist vor 5 Jahren geboren. Verf., welcher meint, an der Legitimität des ersten Kindes zweifeln zu können, weist darauf hin, dass dann die Affektion die 3 ältesten ehelichen Kinder befiel, und den allgemeinen Gesetzen der Vererbung nach die ersten

mit der erblichen Ursache am meisten belastet waren. Außer der Verwandtschaft der Eltern findet sich noch als belastendes Moment in der Familie starker Alkoholmissbrauch. Möglicherweise werden noch mehr Kinder von der traurigen Erkrankung befallen werden.

Die vom Verf. gehegten Zweifel an der Legitimität des ersten Kindes scheinen Ref. wenig begründete zu sein. M. sagt, das Kind sei kurze Zeit (peu de temps) nach der Verheirathung geboren. Dieselbe wurde, wie Verf. selbst angiebt, im November 1861 vollzogen, das älteste Mädchen aber am 20. August 1862 geboren. Wenn also hier kein Druckfehler vorliegt, ist der vom Verf. gehegte Verdacht doch wohl nicht ganz zu rechtfertigen. **G. Meyer** (Berlin).

19. **Auché et Lespinasse.** Sur un cas d'érythromélalgie ou nécrose congestive des extrémités.

(Revue de méd. 1889. No. 12.)

Zu dem von Weir Mitchell zuerst eingehend beschriebenen Krankheitsbilde der Erythromelalgie liefern die Verff. einen neuen interessanten Beitrag. Der Fall betraf einen 30jährigen Mann, der als Bleicher in einer Papierfabrik starker Hitze während längerer Zeit des Tages ausgesetzt war und zur Kühlung sich dann ab und zu mit kaltem Wasser wusch. Von dem Leiden waren beide Hände, beide Füße und das Gesicht ergriffen. Die Temperatur stieg während der Attacken an den befallenen Körpertheilen um 4°. Wärme und Berührung begünstigten die Anfälle, die mit starken Schmerzen verbunden waren; Kälte und Ruhe brachten sie zum Schwinden. Hob Pat. die Hände über den Kopf empor, so konnte er auch hierdurch den Anfall koupiren. Sensibilität und Motilität, so wie die elektrische Erregbarkeit waren sonst normal. Die Athemfrequenz stieg während des Anfalles um 5 Inspirationen, der Puls von 78 auf 112 Schläge. Auch die Testikel wurden von der Kongestion betroffen; sie schwollen an, waren dabei sehr empfindlich und es kam zu sehr schmerzhaften Erektionen.

Die Therapie war machtlos dagegen; der sonst so sehr empfohlene faradische Strom ließ ganz im Stich. **A. Neisser** (Berlin).

20. **M'Clure.** A case of multiple or peripheral neuritis, due to chronic arsenical poisoning.

(Lancet 1889. No. 3434.)

Multiple Neuritis nach akuter Arsenvergiftung ist mehrfach beobachtet. Nach chronischer Arsenvergiftung kannte man seither keinen Fall.

Eine 56jährige, vorher stets gesunde Frau erkrankte mit blitzartigen Schmerzen in den Beinen und »gastrischen Krisen«. Die Zunge war dick belegt, der Puls 110 in der Minute, die Temperatur normal. Dabei hartnäckige Obstipation. Später lokalisirte sich der Schmerz mehr in den Fußsohlen. Die Sensibilität war an den Fußsohlen, am Fußrücken, weniger an der Vorderseite der Unterschenkel herabgesetzt. Hier waren auch die Muskeln stark atrophirt. Gang unsicher bei geschlossenen Augen schwankend. Plantarreflex fehlte, Patellarreflex beiderseits gesteigert, kein Fußklonus. Pupillen beiderseits gleich, von mittlerer Weite, reagiren auf Licht.

Da man die Einwirkung von Alkohol und Blei ausschließen konnte und da sich auf der Haut der Unterschenkel pigmentirte Stellen fanden, vermuthete M'C. Arsenvergiftung. Es ergab sich bei den angestellten Nachforschungen, dass die Kranke seit 2 Jahren sog. indische Musline verarbeitete, welche arsenhaltig waren. Nach Entfernung der Ursache trat rasch erhebliche Besserung ein.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

21. **Helbing.** Zur Behandlung der Pharyngitis phlegmonosa.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 41.)

In 10 Fällen von beginnender Pharyngitis phlegmonosa hat H. den Process koupirt, dadurch, dass er Oleum crotonis (3—4 Tropfen) in die entsprechenden Partien der Halshaut einreiben ließ. Das Öl wurde mittels Watte unterhalb des

Angulus maxillae beginnend etwa 1 cm weit gegen den Larynx hin eingerieben. Der vorhandene Schmerz und die Schlingbeschwerden nahmen schon nach kurzer Zeit ab, die Schwellung des infiltrirten Gewebes ging zurück und es kam nicht zur Eiterung. Die Dermatitis habe keine besonderen Unannehmlichkeiten zur Folge gehabt.

H. empfiehlt diese Behandlung ganz besonders bei Kranken, die häufig an dieser Krankheit leiden, sie müssten, sobald die ersten Anzeichen der Erkrankung sich bemerkbar machen, sofort die Einreibung vornehmen.

Seifert (Würzburg).

22. **Eichhoff.** Über die dermatotherapeutische Wirksamkeit einer neuen Jodverbindung, des Aristol.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 2.)

E. führt das von der Firma »Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld« hergestellte Aristol in die Dermatotherapie ein.

Dasselbe, eine Verbindung von Jod mit Thymol, ist nur in Äther und fetten Ölen löslich. Es muss in schwarzen Gläsern aufbewahrt werden und bei der Lösung ist Erwärmung zu vermeiden.

Er rühmt dem Aristol völlige Unschädlichkeit nach neben anderen kleineren Vorzügen, z. B. Geruchlosigkeit.

Das Jodoform wird von ihm in jeder Hinsicht übertroffen, mit der einzigen Ausnahme seiner Wirksamkeit bei Ulcus molle.

Speciell hervorgehoben werden seine Leistungen bei Psoriasis, bei den Mykosen der Haut, bei Ulcus cruris und bei spätluetischen Ulcerationen. Bei Lupus vulgaris endlich »übertrifft es alle anderen, auch die besten Mittel, sowohl in Bezug auf die Ungefährlichkeit als auch die Energie der Wirkung.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

23. **Imossi** (Gibraltar). Du traitement des verrues par la teinture d'iode à l'intérieur.

(Bullet. génér. de thérap. 1889. Juni 15.)

Kurze Mittheilung über die Erfolge, welche I. bei 10 Fällen von Verruca vulgaris von der innerlichen Darreichung der Jodtinktur gesehen hat. Er gab Erwachsenen zweimal täglich 10 Tropfen in einem halben Glas Wasser.

Seifert (Würzburg).

24. **Unna.** Zur Behandlung der Trichophytia capitis.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1889. No. 12.)

U. empfiehlt gegen die Trichophytia capitis das Chrysarobin und zwar, um die Augen zu schützen, in folgender Weise anzuwenden. Zunächst wird der ganze Kopf kurz geschoren, und um denselben außerhalb der Haargrenze, die Ohren mit einbegriffen, ein Streifen von Zinkleim gelegt, worauf der Kopf mit 10%iger Chrysarobinsalbe eingepinselt und mit Guttaperchapapier bedeckt wird, dessen Rand noch einmal mit Zinkleim verklebt und mit einer Mullbinde eingebunden wird. Über das Ganze kommt eine eng ansitzende Flanellmütze.

Alle 24 Stunden wird die letztere Mütze abgenommen und der undurchlässige Verband eingeschnitten, der Kopf wieder eingepinselt und in der beschriebenen Weise verschlossen. Am 4. Tage erfolgt Entfernung der Kappe und des Chrysarobins und Einreibung mit 5%iger Ichthyolpomade. Dann wird nach 3 Tagen der Zinkleimstreifen und der ganze Kopf abgewaschen und zum Theil epilirt. Ein zweiter bis vierter Cyklus folgt diesem ersten und schließt die Behandlung ab. Im Ganzen dauert die Behandlung demnach höchstens 4 Wochen.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 30. **Sonnabend, den 26. Juli.** **1890.**

Inhalt: X. Internationaler medicinischer Kongress.
1. **Foderà,** Blutdruck und Pulsfrequenz. — 2. **Tizzoni,** 3. **Lancereaux,** Nebennierenpathologie. — 4. **Meyerson,** Pigment. — 5. **Belmondo,** Rückenmark bei Pellagra. — 6. **Oppenheim,** Syphilitische Erkrankung des Centralnervensystems. — 7. **Naunyn,** Diabetes. 8. **Stilling,** Kompensatorische Hypertrophie der Nebennieren. — 9. **Ehrmann,** Elektrische Kataphorese. — 10. **Westphal,** Akute Leukämie. — 11. **Schickhardt,** Leberatrophie. — 12. **Nunes,** Lobelin bei Asthma. — 13. **Kräpelin,** Myxödem. — 14. **Eisenlohr,** Muskelatrophie und elektrische Erregbarkeit bei Hirnherden.
Bücher-Anzeigen: 15. **Fürbringer,** Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — 16. **Hartelius,** Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik.

X. Internationaler medicinischer Kongress

zu Berlin 1890.

(Abtheilung für innere Medicin.)

Sekretär: Herr Ewald, Berlin W., Steglitzerstraße 68.

Sonnabend, 2. August: 11 Uhr Eröffnung der Ausstellung.

Montag, 4. August: Erste allgemeine Sitzung 11—2 Uhr. Erste Sektionssitzung 4—5 Uhr. 9 Uhr Empfang und Begrüßung im Ausstellungspark.

Dienstag, 5. August: Sektionssitzungen 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. 8 Uhr Fest der Stadt Berlin — Rathhaus.

Mittwoch, 6. August: Sektionssitzung 7—9½ Uhr. Zweite Allgemeine Sitzung 10—2 Uhr ev. Sektionssitzung 3—5 Uhr. 7 Uhr Sektionsdiner Zoologischer Garten.

Donnerstag, 7. August: Sektionssitzungen 7 resp. 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. Allgemeiner Ball im Central-Hôtel resp. Philharmonie.

Freitag, 8. August: Sektionssitzungen 7 resp. 8—10, 11—1, 2—4 Uhr. Abends Hoffest für eingeladene Personen in Potsdam. Gesellige Unterhaltungen. Ausflüge nach den Städtischen Anstalten, Rieselfelder u. dgl.

Sonnabend, 9. August: Sektionssitzungen 7 resp. 8—11 Uhr. Dritte Allgemeine Sitzung 12—3 Uhr. (Schluss des Kongresses.)

Sonnabend Abend: Fest der Berliner Ärzte.

Mitgliedskarten können jeder Zeit durch Einsendung von 20 ℳ, unter genauer Bezeichnung von Namen, Stand und Wohnort vor dem Beginn des Kongresses von dem Schatzmeister Dr. Bartels, S. W. Leipzigerstr. 75 erhoben werden.

---

1. **F. A. Foderà.** Sul rapporto tra la pressione arteriosa e la frequence del cuore.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIII. No. 19.)

Während die Einen angeben, dass unter dem Einfluss des erhöhten Blutdruckes die Frequenz des Herzschlages sich vermindert, behaupten Andere, dass sie durch Zunahme des arteriellen Druckes erhöht wird. F. hat nun Versuche angestellt, bei denen er sich des ausgeschnittenen überlebenden Froschherzens bediente, das am Williams'schen Froschmanometer arbeitete. Er findet, dass Druckerhöhung die Frequenz steigert, Drucksenkung sie mindert; und er bezieht diese Wirkung auf eine Erregung der Herzganglien, da er sie nach Chloralvergiftung, die seiner Meinung nach die Ganglien lähmt, ausbleiben sah. Überstieg die arterielle Drucksteigerung eine gewisse Grenze, so trat Pulsverminderung und schließlich diastolischer Stillstand ein. (Die Auffassung F.'s von der Reizung der Herzganglien steht nicht im Einklang mit den Versuchen von Luchsinger und J. Ludwig, welche dargethan haben, dass auch am ganglienlosen Herzmuskel die Pulsationsfrequenz mit zunehmendem Drucke steigt, mit abnehmendem sinkt. Ref.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **Tizzoni** (Bologna). Über die Wirkung der Exstirpation der Nebennieren auf Kaninchen.

(Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. VI. Hft. 1.)

Eine äußerst sorgfältige Arbeit, die eine große Zahl neuer Resultate zu Tage gefördert hat, viele schon bekannte Thatsachen bestätigt und erweitert. Bei den zahlreichen Versuchen, die der Verf. anstellte, entfernte er beide oder nur eine, bald die rechte, bald die linke Nebenniere, indem er die Muskel- und Fascienschichten zum Theil nur aus einander drängte, wodurch er den Vortheil gewann, dass sich die Wunde wieder von selbst zusammenzog. Die Substanz der Nebenniere wurde durch eine Pincette zerquetscht und dann entweder entfernt oder dem Peritonealraum zur Resorption überlassen.

Die Arbeit ist in zwei Haupttheile eingetheilt, von denen man den ersten als den klinischen, den zweiten als den pathologisch-anatomischen bezeichnen könnte. Die Resultate des ersten Theiles sind nach den eigenen Worten des Verf.:

1) Beim Kaninchen hat die Zerstörung einer oder beider Nebennieren den Tod zur Folge.

2) Dieser tritt in einer entweder sehr kurzen oder sehr langen Zeit (Monate und Jahre) nach der Operation ein und es geht ihm ein in beiden Fällen, in vielen Punkten sehr ähnliches Krankheitsbild voran.

3) In diesem Krankheitsbild, welches dem Tode vorangeht, besonders wenn dieser lange Zeit nach der Operation eintritt, erkennt man viele Symptome der Addison'schen Krankheit wieder: abnorme Pigmentirung, besonders der Mundschleimhaut, Verfall der Ernährung, progressiver Charakter der Krankheit, nervöse Erscheinungen, wie Kräfteverlust, Koma, epileptiforme Anfälle.

4) Diese Resultate sind von der Seite, auf welcher die Operation, wenn sie einseitig war, ausgeführt worden ist, unabhängig, eben so von der Ausführung in einer oder zwei Sitzungen, wenn sie beiderseitig war, ferner unabhängig davon, ob das Parenchym des Organs entfernt oder zur Resorption im Peritoneum zurückgelassen wurde und endlich unbeeinflusst vom Alter, Gewicht und der Pelzfarbe des Thieres.

Aus dem pathologisch-anatomischen Theile sind mehrere Punkte besonders erwähnenswerth. In Bezug auf die Pigmentirung ist vom Verf. nichts wesentlich Neues beigebracht worden. Dagegen sind seine Befunde am Centralnervensystem sehr bemerkenswerth. Diese Befunde erstrecken sich auf das graue und weiße Mark und auf die Meningen. Am stärksten sind die Veränderungen im unteren Hals- und oberen Rückenmark, nehmen nach unten allmählich ab und erstrecken sich nach oben bis in den Bulbus und ins Groß- und Kleinhirn. An den Meningen findet sich hauptsächlich Hyperämie und zellige Infiltration, besonders auch im Centralkanal des Rückenmarkes. Im Groß- und Kleinhirn ist die Alteration diffus und besteht hauptsächlich in Blutungen, Degeneration der Nervenfasern und Ganglienzellen, verbunden mit Hämorrhagien und zelliger Infiltration. Im Bulbus und Rückenmark sind die Läsionen lokalisirt und zwar am Boden des 4. Ventrikels und an dem Centralkanal. Von hier aus dehnen sie sich auf die weiße Kommissur, die Vorder- und hauptsächlich auf die Hinterhörner aus. Ganz besonders sind auch die Goll'schen Stränge befallen. Auch die peripheren Nervenstränge zeigen ausgedehnte Degenerationszustände.

Verf. hält es für wahrscheinlich, dass alle diese Veränderungen durch Cirkulationsstörungen und Alterationen der Blutgefäße entstehen, wozu die Zerstörung der Nebennieren durch Vermittlung des Sympathicus Veranlassung giebt. Diese Hypothese stellt Verf. aber mit aller Reserve auf und erkennt an, dass dieselbe noch keineswegs bewiesen sei. **Hansemann** (Berlin).

---

3. **Lancereaux.** Les rapports des lésions des capsules surrénales et de la maladie d'Addison.

(Arch. génér. de méd. 1890. Januar.)

Das Verhältnis der Addison'schen Krankheit zu den Erkrankungen der Nebennieren hat schon des öftern zu Erörterungen Anlass gegeben, ohne dass bis jetzt eine Einigung erzielt wäre. L. steht auf der Seite Derjenigen, welche eine direkte Beziehung zwischen Nebennierenerkrankung und Bronzefärbung der Haut leugnen. Er beobachtete einen Fall, wo eine der Nebennieren intakt war und dennoch Bronzekrankheit bestand; andererseits völlige Zerstörung der Nebennieren durch Krebs oder andere Läsionen ohne irgend eines der Zeichen Addison'scher Krankheit. Besonders charakteristisch erscheinen dem Verf. zwei Fälle von ausgedehnter Tuberkulose der Nebennieren, die während des Lebens große Mattigkeit, Herzschwäche mit frequentem Puls, Temperaturerniedrigung und Verdauungsstörungen mannigfacher Art zeigten und schließlich im Koma zu Grunde gingen, bei denen aber keine Spur von Hautfärbung bemerkt wurde.

Dagegen fand L. in den Fällen, wo Bronzefärbung bestand, stets eine ausgedehnte Erkrankung der Nerven und Ganglien des Bauchsympathicus und er glaubt die Häufigkeit der Bronzefärbung bei Tuberkulose der Nebennieren dadurch erklärt, dass die Tuberkulose mehr Tendenz zur Zerstörung der Nerven zeigt als andere Erkrankungen.

Die Atrophie der Nebennieren bei Addison'scher Krankheit will L. als einen Effekt der Erkrankung der Nerven der Nebennieren aufgefasst wissen.

M. Cohn (Berlin).

---

4. **S. Meyerson.** Zur Pigmentfrage. (Aus dem pathologischen Institut in Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 1. p. 197.)

Die von Riehl, Ehrmann u. A. m. beschriebenen verzweigten Pigmentzellen in der Matrix der Haarrinde vermochte der Verf. durch Behandlung mit Natronlauge zu isoliren und somit ihre Zellnatur (gegenüber den Angaben von Unna, welcher sie für Ausgüsse der interepithelialen Saftlücken mit Pigment erklärte) einwandsfrei zu beweisen. Verf. hält diese Zellen gegenüber Ehrmann nicht für autochthone, sondern für eingewanderte Gebilde. An der Oberhaut konnte M. gleichfalls das Vorkommen verzweigter Pigmentzellen zwischen den Epithelien, welche den in der Cutis vorhandenen gleichartig sind, konstatiren. Die verzweigten Pigmentzellen in der Epidermis des Frosches sind nicht, wie Ehrmann annimmt, autochthone, sondern Wanderzellen, deren Herkunft aus den Gefäßen M. durch Zinnoberinjektion zu beweisen vermochte. Diese Zellen verdienen desshalb auch nicht den Namen der »Chromatophoren«, da diese Bezeichnung von früheren Forschern (Rud. Wagner, Brücke,

Virchow) für sesshafte, kontraktile, pigmentirte Zellen angewandt worden ist, und da ein in der Litteratur für bestimmte Gebilde eingebürgerter Terminus nicht später auch für andere Dinge gebraucht werden soll, die von ersterem essentiell verschieden sind.

F. Neelsen (Dresden).

---

5. **E. Belmondo.** Le alterazione anatomiche del midollo spinale nella pellagra. (Istituto psichiatr. del prof. A. Tamburini.)

(Riforma med. 1889. No. 256.)

Die Angaben über Veränderungen des Rückenmarkes bei der Pellagra von Lombroso, Tonnini und besonders von Tuczek, dem an 8 Objekten keine Form ihres Vorkommens entgangen ist, finden in den Untersuchungen B.'s, welcher 20 Leichen eröffnet hat, ihre Bestätigung. B. definirt, gestützt auf seine klinischen und anatomischen Studien, die Pellagra als eine Krankheit, in welcher es ausnahmslos zu Systemdegenerationen im Rückenmark kommt, und zwar zu kombinirten, primitiven, und in welcher Degenerationen der Rückenmarksganglien, chronische Leptomeningitis und Arachnitis spinalis sich zu jenen gesellen. Fast immer erkranken zunächst die Pyramidenbahnen, seltener umschriebene Partien der Hinterstränge. In den akuten Fällen der Krankheit, im Typhus pellagrosus, entsteht das anatomische Bild der akuten Myelitis, begleitet von Hyperämie der Rückenmarkshäute und cellulärer Infiltration der letzteren.

Die Rückenmarksveränderungen bestärken die Auffassung der Krankheit als einer chronischen bezw. akuten Intoxikation des Organismus, abhängig von einem noch ungekannten Mikrophyten.

G. Sticker (Köln).

---

6. **H. Oppenheim.** Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems[1].

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 48 u. 49.)

In seiner kurzen und klaren Weise giebt uns O. im 1. Theil seines Aufsatzes eine Charakteristik der Meningitis diffusa basilaris syphilitica, welche nach seinen Erfahrungen als die gewöhnlichste Form der syphilitischen Erkrankung des Gehirns bezeichnet werden muss. Pathologisch-anatomisch findet sich eine zum Theil sulzig gallertige, zum Theil speckige, zum Theil derbe bindegewebige Beschaffenheit zeigende Masse (junges zellreiches, stark vaskularisirtes Zellgewebe), welche namentlich im interpedunculären Raum, in der Gegend des Chiasm. nerv. optic. in alle Furchen sich eindrängt, alle austretenden Nerven umfasst und von den meist beträchtlich veränderten Gefäßen nur schwer sich trennen lässt. Das

---

[1] Zugleich als Monographie mit ergänzenden Zusätzen und Abbildungen im Verlag von A. Hirschwald, Berlin, 1890 erschienen.

Nervengewebe selbst wird in der Weise in Mitleidenschaft gezogen, dass die Nervenscheide von dem Geschwulstgewebe, welches auch längs der Septa nach innen kriecht, infiltrirt wird und die Nervenfasern durch Druck zur Atrophie gebracht werden. Von der Pia aus dringen Zapfen in die Substanz des Gehirns ein. Diesem pathologisch-anatomischen Befund entspricht nun im Wesentlichen das klinische Bild. Nicht genauer zu lokalisirender Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindelgefühl, Krampfanfälle, Apathie und Demenz, intercurrent sich einstellende Anfälle von Bewusstseinsstörungen, Anfälle von Verwirrtheit und Tobsucht und zum Schluss Polyurie und Polydipsie sind mehr allgemeine Symptome. Gleichzeitig damit machen sich Lähmungserscheinungen geltend, welche am häufigsten im Gebiete des Oculomotorius auftreten, im Übrigen aber jeden der in der besprochenen Gegend austretenden Nerven befallen können. Charakteristisch für alle die verschiedenen Symptome ist ein stetes Schwanken in der Intensität der Erscheinungen (Fluth und Ebbe der Symptome von Rinacker). Noch ein wichtiges Symptom bleibt zu erwähnen, welches in der Regel die Prognose verdüstert und auf die begleitende Gefäßerkrankung zurückzuführen ist, die Hemiplegie. Dieselbe tritt meist gekreuzt zur Hirnnervenlähmung und nicht selten doppelseitig auf. Die Prognose ist für die Fälle von syphilitischer Basilarmeningitis um so günstiger, je früher sie in Behandlung kommen.

Die 2. Hälfte der Arbeit widmet O. der Rückenmarkssyphilis. Auch hier besteht die pathologisch-anatomische Grundlage in einer ähnlichen diffusen flächenhaften, von den Meningen ausgehenden Neubildung. Dieselbe umklammert und schädigt die Rückenmarkswurzeln und schickt Ausläufer in Form schmaler und breiterer Zapfen von der Peripherie in die Rückenmarksubstanz. Fast immer ist gleichzeitig das Gehirn erkrankt.

Die Meningitis cerebrospinalis syphilitica gehört zu den häufigsten Formen der syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems. Als besonders charakteristische Erscheinungen hebt Verf. an der Hand kurz geschilderter eigener Beobachtungen hervor: das gleichzeitige Bestehen entsprechender Hirnsymptome, der schubweise Verlauf (z. B. Paraparese—Paraplegie—Paraparese etc., Ataxie, die kommt und schwindet, das Kommen und Gehen des Westphalschen Zeichens); Andeutung von Brown-Sequard'scher Halbseitenlähmung; Erscheinungen von Seiten der gereizten Meningen und Rückenmarkswurzeln. Differentialdiagnostisch kann die multiple Sklerose, die Tabes dorsalis und die kombinirte Entartung in Frage kommen. Die unterscheidenden Merkmale werden vom Verf. aufs genaueste erörtert. (Siehe das Original.)

Die Prognose der Rückenmarksyphilis ist weniger günstig als die der Hirnsyphilis.

Zum Schluss der Abhandlung giebt Verf. aus naheliegenden Gründen den Rath, einen syphilitisch gewesenen Neurastheniker erst

dann antiluetisch zu behandeln, wenn sich ganz zweifellos die Diagnose auf Hirnsyphilis stellen lässt. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

7. **B. Naunyn.** Die diätetische Behandlung des Diabetes mellitus.

(Sammlung klin. Vorträge No. 349/50.)

In der Einleitung begrenzt Verf. den Begriff Diabetes und scheidet den sog. Curare-Kohlenoxyd-Stich (Claude Bernard)-Phloridzin etc. Diabetes als Glycosurien aus; der einzig bisher experimentell dargestellte Diabetes ist derjenige nach Pankreasexstirpation (v. Mering und Minkowski). Je nach dem Grade, in welchem der Organismus die Fähigkeit dauernd verliert, Traubenzucker zu verbrauchen, unterscheidet man seit Langem leichte und schwere Fälle von Diabetes; in ersteren erfolgt Zuckerausscheidung nur bei Aufnahme von Kohlenhydraten, in letzteren auch beim Fehlen von Kohlenhydraten in der Nahrung. Für gewöhnlich geht die leichte Form nach der Ansicht N.'s nicht in die schwere Form über, doch kommen Übergänge vor, namentlich wenn der Beginn der Erkrankung z. B. in ärmeren Volksklassen übersehen, und die schädliche, an Kohlenhydraten reiche Nahrung weiterhin gebraucht wird. Bei den Kindern ist die schwere Form des Diabetes sehr viel häufiger als bei Erwachsenen. Mit Rücksicht auf die diätetische Behandlung, deren Ziel es ist, dem Diabetiker möglichst wenig oder nur so viel Zucker zuzuführen, als er wirklich verarbeiten kann, scheidet Verf. die Fälle in solche der schwersten und schweren, ferner solche der Mittel- und solche der leichten Form. In allen Fällen macht er es zur Pflicht, die Diät eben so genau quantitativ wie qualitativ festzusetzen; die Menge des Fleisches genau so zu bestimmen wie die des Brotes empfiehlt sich schon desswegen, weil unzweifelhaft auch aus Eiweiß Zucker gebildet wird, ganz abgesehen von den Digestionsstörungen in Folge übermäßigen Fleischgenusses. Auch das Maß der Getränke ist zu bestimmen, da nach N.'s Erfahrungen bei zu reichlichem Trinken das Hungergefühl der Diabetiker lebhafter ist. In den Fällen schwerster und schwerer Art kam die strengste und strenge Fleischdiät zur Anwendung. Bei der strengsten Diät wurden verabfolgt: 500 g Fleisch (gekocht gewogen) aller Arten und von allen Thieren, außer Leber, nicht zu viel gesalzenes Fleisch wegen des größeren Durstes. Die Zubereitung geschah nach Cantani's Vorschlag mit Olivenöl oder ausgeschmolzener Butter mit Citronensäure und Essigsäure statt Essig oder Citronensaft. Statt Wein wurde verdünnter Spiritus gegeben; Mehl, Brot etc. absolut ausgeschlossen. Die strenge Diät unterscheidet sich nur dadurch von der strengsten, dass bei ersterer die Speisen nach den gewöhnlichen Küchenregeln unter Vermeidung von Mehl etc. zubereitet wurden. Das Getränk (Bouillon, Wasser, Selterwasser mit Zusatz von Spir. vini rectif. oder Kognak oder Acid. lact.) wurde auf $1^1/_2$—$2^1/_2$ Liter pro Tag normirt. Die leichtere

Fleischdiät entspricht der alten Pavy-Seegen'schen, und giebt Verf. in einer Anlage eine genaue analytische Übersicht über Fleisch, Brot, Gemüse etc. Nehmen wir nun einen Diabetiker schwerster und schwerer Form, der selbst noch im vollkommenen oder unvollkommenen Hungerzustande nicht zuckerfrei wird, so empfiehlt Verf. mit der strengen Fleischdiät zu beginnen (500 g gekocht gewogen). Der Urin wird nicht mehr völlig zuckerfrei, selbst bei strengster Fleischdiät und Klausur, der Zuckergehalt geht etwa auf 1—2% zurück. 24stündiges Fasten und Verminderung der Fleichration auf 250 g kann den Urin noch, aber nur auf wenige Tage zuckerfrei machen, der Zucker erscheint bald wieder und jede Fleischzulage ruft ein Plus der Zuckerausscheidung hervor. Nur in vereinzelten Fällen lässt sich, wenn der Pat. an die ausschließliche Fleischdiät gewöhnt ist, die Quantität bis auf 1000 und 1500 g Fleisch steigern und halten, wobei der Pat. sich rüstiger fühlt, selbst zunimmt, und der Urin ein langsames Absinken seines Zuckergehaltes zeigt; gewöhnlich aber verträgt der Kranke die strenge Diät auf die Dauer nicht, er verliert fortwährend an Gewicht, oder endigt plötzlich im Coma diab. Es ist zweifellos, dass dieses Koma durch die saure Fleischnahrung begünstigt wird, aber nur in den Fällen, wo die Diät schlecht vertragen wird. Wo dagegen die Fleischnahrung keine Beschwerde macht, und der Zucker zurückgeht, vermindert sich oder verschwindet die Oxybuttersäure und damit die Gefahr des Koma. Die bei schwerem Diabetes nicht selten vorkommenden Komplikationen (Lungenphthise etc.) werden nach Ansicht Verf.s durch das Regimen günstig beeinflusst. Wird die strenge Diät trotz energischen Versuches nicht vertragen, so giebt Verf. Zulagen: $^1/_4$—1 Liter Milch, 20—30—100 g Brot, die erlaubten (in der Anlage näher bezeichneten) Gemüse in geringer Menge, $^1/_2$—1 Flasche Wein oder $^1/_4$—$^1/_2$ Liter ganz leichtes Bier; bei dieser leichteren Diät soll Pat., worauf zu achten, nicht mehr wie 2—3 Liter 4—5% Zucker enthaltenden Urins produciren. Dieses Regimen vermag den schließlichen Tod im Koma nicht aufzuhalten, doch befinden sich die Pat. wohler dabei und halten länger im besseren Zustande dabei aus.

Die Fälle der von Verf. so bezeichneten Mittel- oder Übergangsform, die nach der gebräuchlichen Eintheilung der schweren Form des Diabetes zuzuzählen sind, trennen sich von den schwersten und schweren Fällen dieser Erkrankung durch den radikalen Erfolg der strengen Fleischdiät. Pat., der vorher 6, selbst 10 Liter Harn mit 5—10% Zucker producirt hat, lässt nach 3—4 Tagen strenger Diät 1500 ccm 2—1%igen Urin. Nach 8—14 Tagen ist der Urin völlig zuckerfrei; Überschreitungen der Diät verzögern die Effekte. Verf. empfiehlt: zunächst strenge absolute Fleischdiät; nach dem Verschwinden des Zuckers und bei dem Fehlen von Digestionsstörungen wird diese noch mindestens 3—4 Wochen festgehalten. Nimmt das Körpergewicht in der 2. Woche noch dauernd ab, so versuche man die Fleischmenge auf 600 g zu erhöhen. Nach 4—5 Wochen beginne

man eine Zulage von Eiern und Milch oder Brot unter steter Kontrolle des Urins. Steigt in Folge der Zulage der Zuckergehalt, so kehre man nach 8—10tägigem Versuche mit derselben zur strengen Diät zurück, um später den Versuch zu wiederholen. Verträgt der Kranke von vorn herein die strenge Diät nicht, oder wird jeder Versuch, Milch, Eier, Brot, Gemüse zuzugeben, mit einer Zuckerausscheidung beantwortet, so muss man vom strengen Regimen absehen und zur leichteren Diät greifen. Betrachtet man sich solche Pat. der Mittelform vom Beginne der Behandlung an, so sieht man, wie manche sich mit dem Schwinden des Zuckers aus dem Urin immer mehr gebessert fühlen, während andere eine deutliche Verschlechterung des Gesammtbefindens zeigen; sie fühlen sich schwach und elend und büßen gewöhnlich $1^1/_2$ Kilo oder mehr an Gewicht in der ersten Woche ein. Die Gerhardt'sche Eisenchloridreaktion tritt auf oder verstärkt sich. Trotz der Beschwerden der Pat. räth Verf., da dieselben Ende der ersten Woche zu schwinden pflegen, und das Körpergewicht Anfang der 2. Woche zu steigen beginnt, mit dem Versuche fortzufahren und mit demselben erst abzubrechen, wenn die Hinfälligkeit des Kranken bedenklich ist, der Appetit schwindet, oder die Eisenchloridreaktion sehr stark wird. Dieser letzteren Reaktion misst Verf. eine entscheidende Bedeutung zu; sie tritt häufig auf oder wird stärker in den ersten Tagen der Kur, erfordert aber, so lange sonst keine bedenklichen Erscheinungen auftreten, keine Unterbrechung derselben. Die bedrohliche Reaktion wird in günstig verlaufenden Fällen nach 2—4 Tagen wieder geringer und schwindet bald ganz; wird sie aber immer stärker, so widerräth N. die Fortsetzung strenger Diät, denn gewöhnlich geht dieser Reaktion die Oxybuttersäure-Ausscheidung im Harn parallel, und bei zu starkem Anwachsen dieser droht Koma. Das Resultat dieser konsequenten Behandlung stellt sich so, dass manche Pat. neben Steigerung ihres Körpergewichts die Fähigkeit gewinnen, außer Fleisch auch Eier, Milch und geringe Mengen Brot ohne Zuckerausscheidung zu konsumiren. In 2 Fällen sah Verf. diese Besserung persistiren. Regel ist dies immerhin nicht, da die Mehrzahl der Pat. nach ihrer Entlassung dies Regimen nicht streng genug hält.

Was die dritte Form von Diabetes, die leichte, anbelangt, so genügen wenige Tage strenger Diät, um den Urin zuckerfrei zu machen. Pat. verliert 1—2 Pfund an Gewicht und soll nicht mehr verlieren, wenn nicht übermäßige Fettentwicklung vorliegt. Pat. erhält alsbald die leichte (Pavy'sche) Diät und die damit verbundenen Freiheiten, aber stets in dem Rahmen quantitativer Beschränkung. Dabei wird es Jahre lang gelingen, Pat. zuckerfrei zu halten. Beim Wiederauftreten von Zucker im Harn genügt eine kurze Rückkehr zum strengen Regimen. Es giebt Fälle von scheinbar leichter Form, bei denen es aber nur schwer oder gar nicht gelingt, auf die Dauer den Zucker zum Verschwinden zu bringen. Das sind nach Verf.s Ansicht keine leichten, sondern schwere Fälle, in denen es

scheint, als ob die Krankheit in Folge langer zu milder Behandlung bereits inveterirt ist. Die Fälle, welche als leichte in strenge Behandlung kommen und doch schwere werden, sind selten.

Über das Vorkommen von Albuminurie bei Diabetes bemerkt Verf. gegenüber Stockvis, dass er nie dieselbe selbst bei noch so schneller Herabdrückung der Zuckerausscheidung durch strengste Diät habe beobachten können. Wohl hat er wie Andere gesehen, dass nach Verschwinden des Zuckers in Folge diätetischer Behandlung die Albuminurie unverändert fortbestand. In Betreff der Details der gegebenen Speisevorschriften sind die der Originalarbeit beigefügten Anlagen einzusehen. **Roenick** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **H. Stilling.** Über die kompensatorische Hypertrophie der Nebennieren.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 3. p. 569.)

Zum Beweise seiner schon früher gemachten Angabe, dass nach Exstirpation einer Nebenniere eine kompensatorische Hypertrophie der anderen eintritt, veröffentlicht der Verf. eine Reihe von Versuchen an Kaninchen, welchen die linke Nebenniere entfernt worden war; es zeigte sich bei allen Thieren deutliche kompensatorische Hypertrophie der rechten. Dem entspricht auch die Beobachtung, dass nach unvollständiger Exstirpation der Nebenniere bei einem jungen Thiere der zurückgebliebene Rest sich zu einer Größe entwickelt, welche der einer normalen Nebenniere nahe kommt. Sehr häufig entwickeln sich auch accessorische Nebennieren auf der Cava oder in der Nähe der Niere. Diese Thatsachen weisen darauf hin, dass die Nebenniere nicht nur, wie man annahm, während des Fötallebens, sondern auch während des postembryonalen Lebens funktionirt.

F. Neelsen (Dresden).

9. **Ehrmann.** Über einen Versuch, um zu demonstriren, welchen Weg gelöste Stoffe beim Eindringen in die Haut durch elektrische Kataphorese nehmen.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 5.)

E. machte zur Lösung der in Rede stehenden Frage folgenden Versuch: In zwei ganz gleiche Glasgefäße, auf deren Boden sich Zinkplatten als Elektroden befinden, wird eine mäßig verdünnte, wässrige Lösung von Methylenblau gegossen. In jedes dieser Gefäße bringt die Versuchsperson eine ihrer Hände und nun lässt man einen konstanten Strom von 10—20 Milliampères durchgehen. Nach 5—10 Minuten zeigt sich die im Anodengefäß befindliche Hand besäet von blauen Punkten, während dies bei der im Kathodengefäß befindlichen nicht der Fall ist. Die Punkte befinden sich meist nur am Dorsum der Hand, wo sich Lanugohaare und Talgdrüsen finden; auf der Handfläche und in der Umgebung des Nagelfalzes sind sie nicht vorhanden, und sie entsprechen auch den Ausmündungen der Haar- und Talgfollikel. Merkwürdigerweise sind die Mündungen derjenigen Follikel, in denen ganz dicke Haare stecken, weniger gefärbt. Es findet also die Aufnahme des gelösten Stoffes von den Follikelmündungen aus statt, aber nur dort, wo diese nicht auf größere Tiefe hin von verhornten Zellen umlagert sind.

M. Cohn (Berlin).

10. **Westphal.** Über einen Fall von akuter Leukämie.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

Ein 16jähriger Junge erlitt durch einen Sturz eine schwere Gehirnerschütterung; 1 Jahr nach diesem Unfall machten sich die ersten Erscheinungen der Leukämie bemerkbar, die in wenig Wochen rapide Fortschritte machte.

Die Untersuchung des Blutes ergab erhebliche Abnahme der rothen und Vermehrung der weißen Blutkörperchen (1 : 34), der Hämoglobingehalt war nicht vermindert. Unter den weißen Blutkörperchen überwogen die kleinen zelligen Elemente; Pokilocytose war nicht nachweisbar. Die Untersuchung des Blutes auf Mikroorganismen ergab ein negatives Resultat. In der letzten Zeit entwickelte sich auf der linken Tonsille ein missfarbiges gangränös-diphtheritisches Geschwür, das rasch um sich griff. Um die Frage nach Mikroorganismen im lebenden Organismus zu entscheiden, wurde die Punktion der Milz vorgenommen und die gewonnenen Bestandtheile auf Agar-Agar übertragen. (Die Kulturversuche blieben resultatlos.)

Im Laufe des Tages trat schwerer Collaps ein, dem Pat. bald erlag. Die Sektion bestätigte die Diagnose akute Leukämie; die nächste Todesursache war eine heftige Blutung, welche aus der kleinen Punktionswunde der Milz erfolgt war.

Seifert (Würzburg).

11. **Schickhardt.** Ein seltener Fall von Leberatrophie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Ein auch durch die Sektion und mikroskopische Untersuchung der Leber nicht vollständig aufgeklärter Fall von hochgradiger Leberatrophie. Die Erkrankung der 53jährigen Frau hatte 5—6 Monate gedauert, es hatte wegen Ascites zweimal punktirt werden müssen. Die Leber fand sich bei der Sektion enorm verkleinert, an der Oberfläche glatt, Kapsel stellenweise verdickt, getrübt, Gallenblase gefüllt, die Galle mit reichlichen Gallenkonkrementen untermischt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Leber ergab sich: Kleinheit der Leberzellen, keine Trübung, Kerne gut sichtbar, die einzelnen Acini deutlich von einander zu unterscheiden, Anhäufung eines körnigen braunen Pigments in den centralen Theilen der Acini, in Zellen eingeschlossen, Erweiterung des Kapillarnetzes, Verdickung der Gefäßwandungen, das periportale Bindegewebe etwas vermehrt.

Seifert (Würzburg).

12. **S. Nunes.** De la lobéline dans la thérapeutique de l'asthme.

Rio de Janeiro, 1889.

Auf Grund einer Beobachtungsreihe von 9 Fällen kommt N. zu dem Schlusse, dass Lobelin nicht die toxische Wirkung äußert, welche man ihm bisher zugeschrieben hat, dass es insbesondere nicht Übelkeit oder Brechen erregt, wie Lobelia. Erwachsenen wurde Lobelin in Pillenform, mit 0,05 beginnend, gegeben und bis zu 0,4 gestiegen, Kinder bekamen 0,01—0,05 in Syrup. Die Erfolge waren sehr günstige.

Seifert (Würzburg).

13. **E. Kräpelin.** Zur Myxödemfrage.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 3.)

Eine 50jährige esthnische Bauernfrau, aus gesunder Familie, fing seit Weihnachten 1888 an über immerwährendes Kältegefühl zu klagen, wozu sich zunehmende Schwäche und Ameisenlaufen in allen Gliedern gesellte. Seit Februar 1889 derbe Schwellung der Haut des ganzen Körpers, lebhafte innere Unruhe und Angstzustände; beim Schließen der Augen Erscheinungen schrecklicher Gestalten, des Teufels etc.; auch Selbstmordgedanken. Appetit und Schlaf sehr gestört, Menses unregelmäßig. Aufnahme in die Klinik am 30. Oktober 1889. Gesichtsausdruck leidend, deprimirt, ängstlich; zwischen den Augenbrauen eine tiefe senkrechte, auf der Stirn eine leichtere horizontale Falte; Nasolabialfalten tief, eben so die Falten am unteren Orbitalrand; Mundwinkel herabgezogen, der Mund leicht geöffnet, die Haut unter den Augenbrauen fällt in einer Falte über die oberen Lider. Die Haut, von fahler Farbe, erscheint im ganzen Gesicht, besonders an der Stirn, gedunsen, wulstig verdickt, jedoch ohne Spur von Ödem; ähnliche Verhältnisse auch am übrigen Körper. Fast überall die Haut geschwollen, in dicken Wülsten abhebbar, auf deren Oberfläche dann wieder kleine Fältchen erscheinen; der drückende Finger findet einen eigenthümlich derben Widerstand, ohne dauernde Impression zu hinterlassen. An einzelnen Stellen auch umschriebene,

fast plattenartige Verdickungen; am stärksten ist die Verdickung an Ober- und Unterschenkeln, namentlich um das Knie herum; auch an Vorderarm, Nacken, Mammae zeigen sich stark hervortretende Schwellungen. Brust- und Bauchorgane normal; in der linken Unterbauchgegend kleinere Geschwülste (geschwollene Mesenterialdrüsen?) fühlbar. Halsumfang 33 cm, Schilddrüse fühlbar, ohne dass sich ein genaueres Urtheil über ihre Größe gewinnen ließ. Harn spec. Gewicht 1011, ohne Eiweiß, Zucker und Mucin, aber viele Urate enthaltend. Blutuntersuchungen (Lezius) ergaben eine Abnahme des Hämoglobingehaltes und Verminderung der weißen Blutkörperchen; ferner eine sehr auffallende und wahrscheinlich pathologische Größenzunahme der rothen Blutkörperchen, deren Deutung (Quellung?) allerdings einstweilen unmöglich ist. Grobe Kraft der Extremitäten unverändert; die Finger zeigten einen leichten vibrirenden Tremor (ungefähr 11 in der Sekunde), der beim Spreizen und Ausstrecken verstärkt und von Zeit zu Zeit (etwa alle 5 Sekunden) von schüttelnden Bewegungen der Vorderarme begleitet wird. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken; Gang langsam, nicht unsicher; Haut- und Periostreflexe sehr schwach, Patellarreflex lebhaft, kein Fußklonus. Direkte Muskelerregbarkeit am Vorderarm erhöht. Beim Beklopfen scharf umschriebener Stellen über dem Masseter (mittlere Facialäste) tritt regelmäßig deutliche, blitzartige Zuckung im Orbicularis oris auf. Schmerzempfindlichkeit und faradocutane Sensibilität an den Extremitäten etwas herabgesetzt (beträchtliche Erhöhung des Leitungswiderstandes der Haut); galvanische Muskel- und Nervenreizbarkeit normal. Psychisch traten besonders die lebhaften Angstgefühle hervor, die bei jeder Untersuchung so intensiv wurden, dass die Aufmerksamkeit kaum zu fixiren ist. Gleichzeitig besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl; Pat. bittet flehentlich, ihr zu helfen; das Denken fällt ihr schwer, der Kopf ist benommen, beständiger Druck auf dem Scheitel; beim Hinlegen verwirren sich die Sinne, sie sieht schreckhafte Gestalten, massenhafte Menschen, die auf sie zukommen, fürchtet sich umbringen zu müssen etc. Unter einer angewandten Opiumkur nahm die Angst etwas ab, Stimmung und Schlaf wurden besser; doch musste Pat. schon am 22. Oktober auf Verlangen des Mannes wieder entlassen werden. Besonders hervorragend sind an diesem Krankheitsbild der Tremor (der zunächst an Alkoholtremor erinnerte) und das mit dem pathognomonischen Symptom der Tetanie übereinstimmende Facialisphänomen, eine Erscheinung, die in früheren Myxödemfällen vielleicht übersehen wurde. K. hatte dieses Phänomen schon früher einmal nach totaler Kropfexstirpation beobachtet; er findet dann wie in dem Tremor »eine der Brücken repräsentirt, welche vom Myxödem zur Cachexia strumipriva und, wenn man will, weiter auch zum Morbus Basedowii hinüberführen«.

Eulenburg (Berlin).

14. **Eisenlohr.** Muskelatrophie und elektrische Erregbarkeitsveränderungen bei Hirnherden.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 1.)

Abmagerung der Muskeln an cerebral gelähmten Gliedern ist mehrfach beobachtet und zum Theil auf trophische Centren für die Muskulatur in der Hirnrinde (Quincke) zurückgeführt worden. In einzelnen Fällen wurde auch beträchtliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bei cerebraler Hemiplegie und Hemianästhesie (Wernicke) angetroffen; dagegen niemals qualitative Erregbarkeitsänderung, sei es in Form einer Änderung der galvanischen Formel, oder faradischer und galvanischer Zuckungsträgheit. E. theilt nun mehrere hierhergehörige Beobachtungen nebst Sektionsbefunden mit.

Im 1. Falle handelte es sich um eine schon in anderer Richtung verwerthete Kranke mit Aphasie (Dtsch. med. Wochenschr. 1889); hier bestand Atrophie der kleinen Handmuskeln rechts, im Abd. dig. minimi ausgeprägt langlangsamer Zuckungsablauf bei KaS und AnS. Die Sektion ergab zwei walnussgroße Abscesse in der linken Hirnhälfte, wovon der eine im hinteren Abschnitt des Nucleus caudatus, angrenzenden Partien des Linsenkerns, Stabkranzes und der inneren Kapsel, der zweite innerhalb der Haube des Hirnschenkels, Regio

subthalamica und hinteren Theil des Thalamus opticus gelegen war. Geringgradige sekundäre Degeneration der linken Pyramide und des rechten Hinterseitenstranges; Vorderhörner im ganzen Hals- und oberen Brustmark völlig normal.

Der 2. Fall betraf einen 21jährigen Kesselschmied mit epileptiformen Konvulsionen, Schwäche der rechten Hand, welche sich zu Lähmung der Strecker, Parese der Beuger, schlaffer Lähmung von Ober- und Vorderarm steigerte; bei elektrischer Prüfung fiel auf, dass im rechten Thenar und Hypothenar AnSZ langsamer als normal ablief. Im weiteren Verlaufe Konvulsionen des rechten Armes, später auf Facialis und Bein der rechten Seite übergreifend; bei elektrischer Untersuchung faradische Muskelerregbarkeit im Daumenballen und Interossei herabgesetzt, galvanische Erregbarkeit im Interosseus I gesteigert (rasche Zuckung), im Thenar Änderung der Zuckungsform, tonische Kontraktion, AnSZ > KaSZ. Die Diagnose wurde auf einen Abscess im mittleren Abschnitt einer Centralwindung der linken Hirnhälfte gestellt; die operative Entleerung des Abscesses misslang bei zweimaligen Versuchen; Tod. Die Sektion ergab einen apfelgroßen Abscess der linken vorderen Centralwindung; die mikroskopische Untersuchung des gehärteten Rückenmarks lieferte ein absolut negatives Resultat. Auch an den Nerven (Ulnaris) und an den betheiligten Muskeln wurden pathologische Veränderungen nicht gefunden. Bemerkenswerth ist in diesen beiden Fällen die völlige Integrität der vorderen grauen Substanz (im 2. Falle auch der Pyramidenbahn im Rückenmark und der vorderen Wurzeln). Babinski nahm in 3 ähnlichen Fällen von Muskelatrophie bei cerebraler Lähmung eine »dynamische Läsion« der vorderen Ganglienzellen an, eine Meinung, der E. nicht beistimmt. Er will auch die vorgefundenen galvanischen Reaktionsveränderungen nicht zur eigentlichen Entartungsreaktion rechnen, zu welcher auch ihre anatomische Basis, die Entartung der Muskeln und eventuell der Nerven gehöre, sondern glaubt eher, »dass die von gewissen Hirnzweigen ausgehenden trophischen Einflüsse sich in einer eigenthümlichen Änderung der Kontraktilität der Muskeln geltend machen können, welche ihrerseits besondere elektrische Muskelreaktion bedingt, ohne dass palpable histologische Strukturveränderungen eintreten«.

In einem 3. Falle, in welchem ein größerer Erweichungsherd in der rechten Hirnhemisphäre angenommen werden muss, wurde eine ganz enorme Herabsetzung der direkten faradischen Erregbarkeit an einzelnen kleinen Handmuskeln, geringer in Vorderarm- und Oberschenkelmuskeln, auch im Oberarm gefunden; daneben Andeutung qualitativer Anomalien bei direkter faradischer und galvanischer Reizung in einigen Handmuskeln (Thenar, Hypothenar, Interosseus I) und markirte Herabsetzung der Nervenerregbarkeit in der oberen Extremität der cerebral gelähmten (linken) Körperhälfte, verbunden mit recht auffälliger Atrophie zahlreicher Muskeln und Mukelgruppen. In einem späteren Stadium ließen auch einzelne Muskelgebiete der nicht gelähmten (rechten) Seite beginnende Abmagerung erkennen: so in Hand- und Unterschenkelmuskeln. E. glaubt auch hier entweder einen von den Hirncentren der rechten Hemisphäre auf die Muskulatur der gleichseitigen Körperhälfte ausgehenden trophischen Einfluss annehmen zu müssen, oder eine anatomische Fortpflanzung der sekundären Pyramiden- und Vorderstrangdegeneration auf die graue Substanz beider Vordersäulen im Rückenmark. Vielleicht spielt bei dem vorzugsweisen Befallenwerden der kleinen Handmuskeln auch die »Inaktivitätsatrophie« eine mitwirkende Rolle.

Eulenburg (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

15. **P. Fürbringer.** Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Berlin, **Friedr. Wreden,** 1890. 611 S. Mit 18 Abbildungen in Holzschnitt.

In wesentlich erweiterter, fast das Doppelte des früheren Umfanges erreichender Auflage liegt das Werk des Verf. vor uns. Sein Inhalt, welcher sich nicht

bloß auf die Pathologie und Therapie der Nierenerkrankungen beschränkt, sondern auch die Affektionen der harnleitenden und Geschlechtsorgane, so weit deren Studium und Kenntnis für den inneren Mediciner von Wichtigkeit ist, behandelt, wird diesmal bereits durch die geänderte Fassung des Titels gekennzeichnet. Der Verf. hat es sich angelegen sein lassen, nicht bloß in jedem einzelnen Kapitel und Abschnitt durch die Einfügung zahlreicher Ergänzungen und eingehende Berücksichtigung der neueren Arbeiten das Buch zu einem Specialwerk ersten Ranges zu gestalten, sondern fast allerorts auch die Hand des strengen Kritikers angelegt und seinen eigenen Standpunkt auf diesem an strittigen Fragen nichts weniger als armen Gebiet zu wahren gesucht. Die während 4 Jahren als ärztlicher Direktor des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain gesammelten Erfahrungen haben ihm hierbei, wie der Leser beim Durchblättern der neuen Auflage auf den ersten Blick erkennen wird, in noch fruchtbringenderer Weise zur Seite gestanden, als das emsige Studium der Litteratur, welche, wie gesagt, eine weitgehendsten Ansprüchen gerecht werdende Detailberücksichtigung erfahren hat. Eintheilung und Anordnung des Stoffes sind trotzdem die nämlichen geblieben wie in der ersten Auflage, eine weitere Bestätigung dafür, dass das vom Verf. ursprünglich verfolgte Ziel und Bestreben ein richtiges gewesen und der Beifall, welchen das Buch bereits in seiner ursprünglichen Form bei den Fachgenossen gefunden hat, ein durchaus berechtigter war. Wir vermögen uns hier, in dem engen Rahmen des Referates, nur auf die Hervorhebung einiger Gesichtspunkte, welche uns bei der Lektüre des Werkes besonders interessant und bedeutungsvoll erschienen, zu beschränken. Aus der mangelhaften Übereinstimmung der experimentellen Ergebnisse mit den klinischen Thatsachen folgert der Verf. die Unzulässigkeit einer einheitlichen Theorie der Urämie, neigt sich aber mit Entschiedenheit der Annahme zu, dass in der Mehrzahl der Fälle die Überladung des Blutes mit Urinstoffen als Ursache des genannten Symptomenkomplexes angesehen werden müsse. Schon in der ersten Auflage war diese Auffassung vertreten worden. — Das Kalomel wird als zweischneidiges und unsicheres Diureticum auch in Fällen von reinem Stauungshydrops angesehen, vor seiner Anwendung bei schwerer Nephritis aber auf das Nachdrücklichste gewarnt, da bei deren Vorhandensein sich fast regelmäßig bedenkliche Stomatitis und Darmreizung einstellt. — Noch mehr als früher steht auch heute der Verf. auf dem Standpunkt, dass der »klassische Stadienverlauf«, wie ihn Reinhardt und Frerichs als charakteristisch für die diffuse Nephritis hingestellt haben, in der bei Weitem großen Mehrzahl der Fälle nicht nachweisbar ist. Er unterscheidet 1) akute Formen, 2) chronische ohne weitgehende Atrophie des Organs, 3) chronische mit überwiegender Atrophie, zu welcher die Nierensklerose zählt und 4) die Amyloidniere, und erklärt auf Grund seiner Erfahrungen, nicht in der Lage zu sein, der primären, von den Gefäßen ausgehenden Form der Granularentartung in dem Sinne von Gull und Sutton eine besondere Häufigkeit zuzuerkennen (p. 89, so wie 174, 184 u. ff.). »Das Gros der Fälle von Granularatrophie beruht auf einer richtig schleichend verlaufenden Nephritis« und die in der Niere anzutreffenden Gefäßveränderungen haben meist keine andere Bedeutung als die einer die Entzündung begleitenden (sekundären) Endarteriitis obliterans. — Die Ansichten F.'s über die Genese der akuten infektiösen Nephritis, welche auf die Wirkung löslicher alkaloidartiger Ausscheidungsprodukte zurückgeführt wird, sind zu bekannt, um hier nochmals in extenso reproducirt zu werden. Bemerkenswerth ist die Stellungsnahme des Verf. zu der von Friedländer zuerst vertretenen, später namentlich von Langhans erweiterten Auffassung über die Bedeutung der anatomischen Veränderungen an den Kapillarschlingen der Glomeruli bei der akuten Nephritis. Er hat nicht die Überzeugung zu gewinnen vermocht, dass die von letzterem Autor beschriebenen Kernwucherungen ihren Sitz wirklich im Lumen der Schlingen selbst haben und schließt sich damit den neuesten Gegnern dieser Anschauung, Ribbert und Hansemann, an. Überhaupt wird die regelmäßige Beschränkung der postskarlatinösen Nierenentzündung auf die Lokalität der Glomeruli abgelehnt und das häufige Vorkommen verbreiteter Läsionen der Rindenepithelien so wie von Stroma-

veränderungen bei dieser Form der Entzündung betont. — Während F. in der 1. Auflage seines Werkes in Übereinstimmung mit Cohnheim die Ansicht ausgesprochen hatte, dass bei Patatoren »die schönsten, gesunden Nieren die Regel, nicht die Ausnahme bilden« und trotz vorhandener Säuferleber Nierenveränderungen häufig gänzlich fehlen, sieht er sich jetzt, nachdem er seine darauf gerichteten Untersuchungen an dem Berliner Material fortgesetzt und vervollständigt hat, gezwungen, dem berühmten Anatomen »die Heeresfolge zu versagen«. Wohl bei mehr als 20% sämmtlicher von ihm beobachteten Potatoren wurde chronische Nierenentzündung konstatirt, so dass ein Zweifel über die ätiologischen Beziehungen hier nicht wohl erhoben werden kann. Auch was der Verf. an neuen Gesichtspunkten über die Behandlung der Nephritis beiträgt, verdient allgemeine Beachtung. Hatte er sich schon früher zu Gunsten der Darreichung einer den Verdauungskräften entsprechenden eiweißreichen Kost bei starker Albuminurie ausgesprochen, so wird diese Ansicht jetzt noch schärfer formulirt und nur bei frischer, florider Nephritis im Einklang mit Senator, Henoch und Dusch vor Fleischzufuhr gewarnt. Wesentliche Erweiterung hat das Kapitel Nephrolithiasis, welches als Sonderabdruck vor einiger Zeit bereits in der deutschen med. Wochenschrift erschien, erfahren, in welchem F. zugleich in einer dem Bedürfnisse des Praktikers völlig genügenden Weise die Indikationen für chirurgische Eingriffe bei diesen Erkrankungsformen beleuchtet. Dass endlich eines der specielleren Arbeitsgebiete des Verf., die Lehre von den krankhaften Samenverlusten, der männlichen Impotenz, der Sterilität des Mannes, mit besonderer Vorliebe und detaillirt in diesem Werke behandelt worden ist, bedarf kaum besonderer Hervorhebung. Ein reichhaltiges Litteraturverzeichnis, in welchem nur die Namen der Autoren unter kurzer Hinzufügung des Publikationsortes aufgeführt sind, erhöht den Werth des Buches, dessen Vorzüge ihm, wie wohl mit Bestimmtheit vorausgesagt werden kann, eine weitere Zahl von Auflagen sichern.

A. Fraenkel (Berlin).

16. **T. J. Hartelius.** Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik. Deutsche Ausgabe von Dr. Ch. Jürgensen (Kopenhagen) und Sanitätsrath Dr. Preller (Ilmenau).

Leipzig, **Th. Grieben's** Verlag **(L. Fernau),** 1890. 316 S. Mit 97 Abbildungen im Text.

Es ist fast als ein erfreuliches Ereignis zu begrüßen, dass wieder einmal ein wirkliches Lehrbuch der schwedischen Heilgymnastik in Deutschland erscheint. Der einseitig gepflegte Modekultus der Massage und der Zanderschen maschinellen Gymnastik hatte ganz vergessen machen, dass, so hoch man die Verdienste eines Metzger und eines Zander auch anschlagen möge, beide Männer doch nur auf dem Boden der seit 40 Jahren auch in Deutschland bekannten und praktisch verwertheten schwedischen Heilgymnastik stehen und dass sie, von dieser ausgehend, nur gewissen Specialitäten derselben zu einseitiger und in ihrer Einseitigkeit nicht unbedenklicher Entwicklung verholfen haben. Sehr viel wäre wohl über den heutigen Massagebetrieb, die Art seiner Erlernung und Ausübung und die Qualität der überwiegenden Mehrzahl der sich ihm widmenden — männlichen und weiblichen — Individuen zu bemerken. Jeder unbefangene ärztliche Beobachter wird wohl zugestehen, dass wir uns mit der kritiklosen Anwendung der Massage in ihrem jetzigen Umfange und mit der meist ganz schablonenhaften Art ihrer Ausübung auf einen schlimmen Irrweg verrannt haben. Während die Massage eigentlich nichts als einen kleinen Theil des von der Heilgymnastik gelieferten passiven Bewegungsmaterials darstellt, ist es durch eine fast groteske Umkehr des natürlichen Verhältnisses dahin gekommen, dass die beinahe ganze Gymnastik von der Massage verdrängt und absorbirt zu sein scheint; dass es keine gut ausgebildeten Gymnasten mehr giebt, sondern nur noch schlecht ausgebildete Masseure; dass selbst viele Ärzte, wo Heilgymnastik eigentlich gemeint oder jedenfalls indicirt ist, gewohnheitsmäßig nur Massage verordnen; und dass in Lehrbüchern der Massage

der anderweitige heilgymnastische Apparat noch so nebenbei als Anhang oder als unbequemer Ballast mitgeschleppt wird. Das Terrain, was der Massagesport noch hier und da übrig ließ, ist durch die Zander'sche Maschinenbehandlung occupirt worden. Hinsichtlich dieser theile ich nun allerdings ganz und gar die von meinem Vater schon vor Jahren vertretene Anschauung, dass ein in dem Ling'schen Verfahren geschulter, gewissenhafter Gymnast sich mittels geübten Tastgefühles seiner Hand dem muskulären Kraftmaße des Kranken so vollkommen zu accommodiren vermag, dass er von einer Maschine, wenn sie auch noch so sinnreich konstruirt ist, schwerlich übertroffen werden dürfte. Leider verfügen wir über derartige Gymnasten, wenigstens in Deutschland, zur Zeit kaum noch; die maschinelle Gymnastik ist daher bis auf Weiteres als ein nothwendiges Übel (denn weiter ist sie in der That nichts) anzusehen und zu dulden.

Vielleicht wird aber durch Schriften, wie die von Jürgensen und Preller übersetzte des Prof. H. (Oberarzt am gymnastischen Kontrollinstitut in Stockholm) der Sinn für die echte Ling'sche Heilgymnastik und besonders für ihre so werthvollen und wichtigen duplicirt-aktiven Bewegungsformen bei unseren schnell vergessenden Zeitgenossen wieder geweckt und gefördert. In dieser Hoffnung namentlich ist das Buch willkommen zu heißen und ihm in ärztlichen (nicht in Laien-) Kreisen die ausgedehnteste Verbreitung zu wünschen. Sonst wäre gegen Einzelnes wohl mancher Einwand zu erheben, weniger gegen die erste Hauptabtheilung des Buches (»Beschreibung der Bewegungen«), als gegen den zweiten (»Die Krankheiten und deren Behandlung mittels Gymnastik«). Dieser pathologisch-therapeutische Theil enthält in dem, was er über die Ursachen, die Symptome der einzelnen Krankheiten etc. beibringt, eine Unmasse ganz vager und überflüssiger, und leider auch vielfach recht gewagter und irreführender Behauptungen. Dem gebildeten deutschen Arzte ist das Alles mindestens entbehrlich, und es wäre daher bei einer neuen Auflage meiner Meinung nach am besten ganz wegzustreichen, jedenfalls aber aufs äußerste zu sichten und zu beschränken. Das gilt aber auch selbst von den als specieller Behandlungsmodus jeder einzelnen Krankheit beigegebenen gymnastischen Receptformeln. Weniger wäre hier mehr! und würde jedenfalls mehr vertrauenerweckend wirken! Müssen denn überhaupt alle möglichen heilbaren und unheilbaren, allgemeinen und lokalen Krankheiten, wie sie das Verzeichnis (p. 313—316) fast mit der Vollständigkeit eines Lehrbuches der speciellen Pathologie und Therapie aufzählt, Gegenstand gymnastischer Behandlung werden? und, wenn sie dies schon müssen, genügt es dann nicht, ganz allgemein den Gesichtspunkt anzudeuten, von dem aus man, bei der doch nothwendig vorausgesetzten Kenntnis der heilgymnastischen Bewegungsformen, die Auswahl zu treffen hat! Es sieht doch fast etwas komisch aus, wenn uns vollständig detaillirte Bewegungsrecepte, nach dem bekannten schwerfälligen Verordnungsschema, beispielsweise für Schwerhörigkeit, chronischen Nasenkatarrh (Schnupfen), Nasenbluten, für Schlundkatarrh, Krampf der Speiseröhre, chronischen Magenkatarrh, Dyspepsie, Magenschmerz, chronisches Magengeschwür, Darmkatarrh etc., endlich selbst für Hautkrankheiten (p. 308—309) vorgeführt werden! Die Übersetzer, die sonst gute Arbeit geliefert haben, würden sich nach dieser Richtung hin durch eine dem Geschmack und der wissenschaftlichen Bildung des deutschen Ärztepublikums mehr entsprechende Bescheidung verdient machen, wodurch der Umfang des Buches unbeschadet wohl um ein Drittel verringert werden würde. Vielleicht könnte der Verleger dafür etwas besseres Papier liefern!

Eulenburg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i|E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 31. **Sonnabend, den 2. August.** **1890.**

Inhalt: 1. **Magnarapa**, Rothe Blutkörperchen im Kreislauf. — 2. **Reinke**, Proliferation und Weiterentwicklung der Leukocyten. — 3. **Cox**, Lungenentzündung. — 4. **Roux** und **Yersin**, Diphtheriebacillen. — 5. **Martius**, Herzstoß. — 6. **Martius**, 7. **Schwalbe**, Aortenklappeninsufficienz. — 8. **Drasche**, Herzklappenfehlerkompensation. — 9. **Boinet** und **Salebert**, Motorische Störungen bei Malaria. — 10. **Cramer**, Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken.

11. **Sisley**, 12. **Gairdner**, Aortenaneurysma. — 13. **Littlejohn**, Situs viscerum invers. — 14. **Fleiner**, Addison'sche Krankheit. — 15. **C. Rosenthal**, Erysipelbehandlung. — 16. **Lacour**, Allgemeiner Vaccineausschlag bei Hautkrankheiten. — 17. **Mettenheimer**, a) Bandförmiger Verschluss der Scheide; b) Retropharyngealabscess; c) Psoitis. — 18. **Burman**, Keuchhusten. — 19. **Chavernac**, Mesencephalitis. — 20. **Bernhardt** und **Kronthal**, Traumatische Neurose. — 21. **Unna**, Mikrobrenner.

Bücher-Anzeigen: 22. **Alexander**, Syphilis und Auge. — 23. **Tarnowsky**, Anthropologische Studien über Diebinnen und Prostituirte. — 24. **v. Kahlden**, Technik der histologischen Untersuchung. — 25. **Wesener**, Lehrbuch der chemischen Untersuchungsmethoden.

1. **A. Magnarapa.** Della posizione dei globuli nella corrente sanguigna in istato sano e patologico.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1890. Fasc. 10. p. 735.)

Vorliegende Mittheilung basirt nur auf Überlegung und Rechnung, nicht auf Experimenten, die anzustellen dem Verf., wie er selbst angiebt, die Mittel fehlen [1]. Bezüglich der Stellung der rothen und weißen Blutkörperchen im normalen Blutstrome führt Verf. zum größten Theil Bekanntes an. Er meint aber, dass auf die Stellung der Blutkörperchen nicht bloß specifisches Gewicht und Form derselben, sondern auch der auf dieselben wirkende Druck in den verschiedenen Flüssigkeitsschichten von Einfluss ist. Von dieser Voraussetzung ausgehend, kommt er zu dem Resultate, dass die weißen

[1] Verf. ist Medico degl' Incurabili e Professore pareggiato nell' Universita di Napoli.

Blutkörperchen in den verschiedenen arteriellen Gefäßen stets an der Wandschicht verbleiben, während die rothen Blutkörperchen beim Übergange aus den großen in die kleinen Arterien mehr gegen die Gefäßachse hin verlagert werden. In den Venen führen die weißen und rothen Blutkörperchen nach den Ausführungen des Verf. überall da, wo sich der respiratorische Druckwechsel geltend machen kann, Wellenbewegungen aus, die den respiratorischen Druckschwankungen parallel gehen sollen. Verf. wendet sich hierauf gegen die Cohnheim'sche Theorie der Entzündung und versucht die vermehrte Transsudation und den Austritt der Blutkörperchen aus den Gefäßen des Entzündungsbezirkes als die Folge eines vermehrten Seitendruckes in den Gefäßen darzustellen, den er im Gegensatze zu Cohnheim als beträchtlich gesteigert anzunehmen gewillt ist. Die von Cohnheim angenommene Herabsetzung des intravasalen Druckes im Entzündungsbezirke erklärt er als eine physikalische Unmöglichkeit, die Annahme einer geänderten Molekularbeschaffenheit der Gefäßwand als unnöthig.

Löwit (Innsbruck).

---

2. **Fr. Reinke.** Experimentelle Untersuchungen über die Proliferation und Weiterentwicklung der Leukocyten. (Vorläufige Mittheilung.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 439.)

Es war bekannt, dass, wenn man einen porösen Fremdkörper einem Thiere unter die Haut brachte, sich in den Poren zuerst Leukocyten anhäuften und später fixes Gewebe entwickelte. Dass das zweite aus den ersten entstand war schon zweifelhaft, aber nicht zur Evidenz widerlegt. Verf. hat nun durch ein sinnreiches Verfahren diese Widerlegung erbracht, indem er die Bildung von Fibroplasten und das Einwandern derselben in den Fremdkörper verhinderte. Dies geschah in der Weise, dass er den Fremdkörper immer nach 24 Stunden schnell auf ein frisches Thier übertrug, wobei die Lebensfähigkeit der bereits eingewanderten Leukocyten nicht beeinträchtigt wurde. Bei diesem Experiment entwickelte sich niemals fixes Gewebe in dem Fremdkörper. Verf. kommt also zu dem Schluss: »dass die bei der Entzündung zunächst auftretenden Leukocyten entweder untergehen oder in die Lymphgefäße zurückkehren, und dass erst, nachdem das fixe Gewebe in Proliferation gerathen ist, Wanderzellen auftreten, die größere Lebensenergie zeigen und von denen man wohl vermuthen darf, dass sie einer Weiterentwicklung fähig sind«.

Hansemann (Berlin).

---

3. **W. H. Cox.** Experimentelle Beiträge zur pathologischen Anatomie der Lungenentzündung. (Übersetzung aus der Festschrift an Donders.)

(Ziegler u. Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anatomie Bd. V. p. 401.)

Verf. erzeugte durch Injektion einer Krotonölemulsion in die Lungen von Kaninchen und Katzen Entzündungsprocesse und Nekrosen und

untersuchte durch Nachweis karyokinetischer Figuren, welche Theile des Lungengewebes auf diesen Eingriff mit Proliferation reagiren. Auf diese Weise konnte er nachweisen, dass die Epithelien der Alveolen und Bronchien, das Bindegewebe um die Bronchien, Gefäße, Alveolen und das der Pleura, endlich auch die glatten Muskelfasern in Proliferation gerathen. An den zahlreich vorhandenen Leukocyten waren Mitosen nicht nachzuweisen. **Hansemann** (Berlin).

---

4. **Roux** et **Yersin.** Contribution à l'étude de la diphthérie. (2e mémoire.)

(Annal. de l'Institut Pasteur 1889. No. 6.)

In Fortführung ihrer bekannten Untersuchungen über den Löffler'schen Diphtheriebacillus stellen die Verff. fest, dass nicht nur Kaninchen, Meerschweinchen und Taube, sondern auch Hund und Hammel sehr empfindlich gegenüber dem von dem Bacillus producirten Gift sind. Die Hunde zeigten vor dem Tode außer völliger Lähmung einen starken Ikterus; an der Injektionsstelle — auf welche sich auch hier die Wucherung der Bacillen beschränkte — fand sich nur ein entzündliches Ödem. Die Verf. suchten die Natur des toxischen Princips aufzuklären; sie finden, dass es sich in vielen Punkten ähnlich einem Ferment verhält. Erhitzung der filtrirten Bouillon vermindert die Wirkung; der Tod der Versuchsthiere tritt dann unter den charakteristischen Erscheinungen erst verspätet ein, wie dies in gleicher Weise bei Injektion des Milzsaftes, resp. des Urins von Diphtherieleichen zu beobachten war. Ferner zerstört das Sonnenlicht bei Anwesenheit der Luft das Virus. Letzteres zeigt seine Wirksamkeit wesentlich bei alkalischer Reaktion der Bouillon und verliert sie durch Ansäuerung. Durch Alkohol wird die toxische Substanz ausgefällt, in Wasser ist sie löslich. Bei der Dialyse tritt sie nur langsam durch das Pergament (hierdurch erklären sich die Verff. die langsame Verbreitung im thierischen Körper [?]). Durch Zusatz von Chlorcalcium zur filtrirten Bouillon lässt sie sich mechanisch niederschlagen. Wird der Calciumphosphatniederschlag unter der Luftpumpe getrocknet, so bleibt das diphtherische Virus in ziemlich widerstandsfähigem Zustand mit ihm verbunden. In geschlossener Röhre erhitzt, entwickelt sich aus ihm Ammoniak. Die Isolirung des Virus gelang nicht. Von der Stärke seiner Virulenz giebt u. A. die Thatsache einen Begriff, dass sich aus 1 ccm wirksamer Bouillon ein Rückstand von 4 dmg organischer Substanz gewinnen lässt; obgleich derselbe nur zum kleinsten Theil aus dem Virus bestehen dürfte, genügt er, um mindestens 8 Meerschweinchen von je 400 g zu tödten. Vom Verdauungskanal aus ist übrigens das Gift nicht wirksam.

Verff. schließen an ihre Mittheilung die Mahnung, dass man möglichst früh die diphtheritischen Membranen entfernen möge,

da später die schon eingetretene Vergiftung nicht mehr durch die lokale Behandlung zu hemmen sei. **H. Neumann** (Berlin).

---

5. **Martius.** Die diagnostische Verwerthung des Herzstoßes.
(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Die in vielen Fällen von reiner Überanstrengung des Herzens gemachte Beobachtung des Verf., dass trotz des zum Theil äußerst verstärkten Herz- oder Spitzenstoßes die Spannung im arteriellen System abnorm niedrig war, veranlasst ihn gegen den bisher allgemein gültigen Satz, dass Abschwächung des Spitzenstoßes Leistungsabnahme des Herzens, Verstärkung desselben verstärkte Herzarbeit bedeutet, Einspruch zu erheben. Nach Schilderung eines einschlägigen Falles, in welchem das dilatirte und in seiner Arbeitsfähigkeit äußerst geschwächte Herz bei sehr niedrigem Puls eine enorme Verstärkung des Spitzenstoßes darbot, die, sobald der Blutdruck sich hob, allmählich abnahm und zur Norm zurückkehrte, wendet er sich der Erklärung der auffälligen Erscheinung zu, die sich aus den neugewonnenen Anschauungen über das physiologische Zustandekommen des Herzstoßes ergiebt. Das wichtigste Resultat derselben besteht in dem Nachweis, dass das Ausströmen des Blutes aus den Ventrikeln nicht mit dem Beginn des Systole zusammenfällt, sondern dass vielmehr eine messbare Zeit vom Beginn der Systole bis zur Eröffnung der Seminularklappen vergeht und dass der eigentliche Herzstoß ganz mit dieser »Verschlusszeit« zusammenfällt. Den Stoß aber bedingt die systolische Erhärtung des Herzens, das seine Form, aber noch nicht sein Volumen ändert; sobald die Austreibungszeit beginnt, ist der Spitzenstoß vorüber. Bei den nun in Rede stehenden Fällen handelt es sich um akute Dehnungen des linken Ventrikels; der Ventrikel arbeitet mit verminderter Energie, aber gesteigerter Frequenz und durch diese beiden Umstände verliert er die Fähigkeit, sich systolisch ganz zu entleeren. In dem erweiterten Ventrikel häuft sich desshalb eine größere Blutmenge an, er nimmt, und mit ihm das ganze Herz, einen größeren Raum ein und diese Volumsvermehrung des Herzens ist es, die den verstärkten Stoß bedingt, wenn auch die Kraft des gedehnten Ventrikels nicht genügt, den Aortendruck auf normaler Höhe zu halten. **Markwald** (Gießen).

---

6. **Martius.** Insufficienz der Aortenklappen ohne Herzstoß.
(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 50.)

In einem Falle von Endocarditis maligna hatten sich die Erscheinungen der Aorteninsufficienz — diastolisches Geräusch, Pulsus celer, Kapillarpuls, Hypertrophie des linken Ventrikels — entwickelt, daneben waren aber noch einige Symptome vorhanden, welche auf eine Komplikation hinwiesen, so ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und besonders der Umstand, dass während der Entwicklung des Klappenfehlers der vorher nichts Auffallendes darbietende

Spitzenstoß fast bis zum Verschwinden abgeschwächt war. Gegen eine Stenose des linken Ostium arteriosum sprach das Fehlen des Herzstoßes, wohl aber ließ sich eine gleichzeitige Mitralinsufficienz damit in Einklang bringen, einmal, weil der Ort des systolischen Geräusches, wo dieses am deutlichsten gehört wurde, dafür sprach, dann aber besonders, weil die vom Verf. früher entwickelte Theorie des Herzstoßes, wonach sich derselbe nur und ausschließlich während der ersten Hälfte der Systole, der sog. Verschlusszeit, vollzieht, diese Annahme am besten erklärte. Bei gleichzeitig mit Insufficienz der Aorta bestehender Mitralinsufficienz müsste die Verschlusszeit fehlen, und sofort eine Verkleinerung des Herzens eintreten, also das wesentlichste Moment zum Zustandekommen des Herzstoßes ausfallen. Gegenüber dem Einwand, dass bei bloßer Mitralinsufficienz der Herzstoß dann auch fehlen müsste, führt Verf. aus, dass bei letzterer der hypertrophirte rechte Ventrikel den linken ganz von der Brustwand abgedrängt hat und durch seine eigene vermehrte Arbeitskraft den Herzstoß bedingt. Im vorliegenden Falle aber war der linke Ventrikel hypertrophirt, der jedoch wegen mangelnder Verschlusszeit keinen Herzstoß erzeugte, und durch seine Masse hindurch konnte der schwache Rest des noch nicht hypertrophirten rechten Ventrikels nicht zur Geltung kommen.

Die Sektion bestätigte diese Annahme vollkommen; es zeigte sich endocarditische Zerstörung der Aortenklappen und Insufficienz der Mitralis, bedingt durch auffallende Weite derselben, starke Atrophie und Verfettung der Papillarmuskeln.

Markwald (Gießen).

---

7. **J. Schwalbe.** Zur Klinik der Aortenklappeninsufficienz.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLIV. p. 553 u. Bd. XLV. p. 383.)

In der eingehenden und interessanten Arbeit kommt S., gestützt auf ein umfangreiches Material des städtischen Krankenhauses Friedrichshain in Berlin zu folgenden Ergebnissen: In der Diagnostik der Aortenklappeninsufficienz ist die Auskultation des Herzens als maßgebend zu betrachten. Bei der Aortenklappeninsufficienz hängt das zeitliche und räumliche Übergewicht der Hypertrophie resp. der Dilatation des linken Ventrikels von der Größe des Klappendefektes und dem Ernährungszustande der Muskulatur ab, so dass also bald die absolute Dilatation, bald die Hypertrophie als erste Folgeerscheinung der Cirkulationsstörung eintritt. Häufig aber beginnen beide Processe gleichzeitig und schreiten gleichmäßig vor. Die Dilatation des linken Ventrikels wird bedingt a) durch das regurgitirende Blut im Beginn der Diastole, b) durch den Aortendruck im Verlaufe der Diastole, c) durch den Druck des linken Vorhofs bei seiner Kontraktion, d) im Stadium der Muskelinsufficienz durch den systolisch sich dehnenden Ventrikel. Von wesentlicher Bedeutung für die Intensität, Extensität und Qualität des diastolischen Geräusches sind: die Größe des Klappendefektes, der Umfang des Blutdruckes und die Beschaffen-

heit des linken Ventrikels. Die relative Incontinentia valv. aortae ist durch zahlreiche Beobachtungen erwiesen. Doppelton und Doppeldruckgeräusch in der Inguinalgegend zerfallen in verschiedene Arten, die von vollkommen differenter Bedeutung sind. Der diastolisch-systolische arterielle Doppelton und das diastolisch-systolische arterielle Doppeldruckgeräusch besitzen einen ziemlich hohen, doch nicht ausschlaggebenden Werth für die Diagnostik des vorliegenden Herzfehlers. Die besonders häufige Komplikation der Aortenklappeninsufficienz mit Nephritis ist durch die Ätiologie und durch die Cirkulationsverhältnisse dieses Herzfehlers begründet. **Peiper** (Greifswald).

---

8. **Drasche.** Über die wahren Kompensationen der Herzklappenfehler.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 52. p. 823.)

Die im Verlauf organischer Herzfehler auftretenden Kreislaufstörungen pflegen wir als Kompensationsstörungen kurzweg zu bezeichnen; auf diesen Kompensationsstörungen ruht dann die Erklärung, welche wir für den tödlichen Ausgang der Erkrankung aufstellen. Zahlreiche Sektionen Herzkranker, bei welchen fast immer organische Veränderungen gefunden wurden, führen D. dazu, in geistreicher Weise, die Erklärung in einfacher und natürlicher Weise zu versuchen. Speciell bei Aorteninsufficienz zeigt die Sektion an Klappenveränderungen ein buntes Bild: Schrumpfung, Verknöcherung, Auflagerung von Kalkmassen, völliges Verschwinden einer Klappe, während eine andere enorm ausgedehnt ist, oder es fanden sich Sklerose an den Coronararterien, Erkrankungen des Herzfleisches, Atrophie der Papillarmuskeln. In Folge dessen ist es erlaubt, wenn ein Herzkranker sich wohl befindet, nachdem vorher eine Verschlimmerung gewesen ist oder wenn auf Wohlbefinden aufs Neue eine Verschlimmerung folgt, anzunehmen, dass erst eine Klappe successive geschrumpft ist, dann sich allmählich die zweite Klappe so weit ausdehnte, dass wieder ein leidlicher Verschluss zu Stande kam, worauf dann durch weitere Schrumpfung der Klappe endlich wieder eine Verschlechterung des Zustandes hervorgerufen wurde; und da nun eine zweite Klappe nicht mehr ausgedehnt werden kann, so treten Kreislaufsstörungen mit letalem Ausgange ein. Messungen von D. an 200 Leichen vorgenommen, zeigen, dass die rechte Aortenklappe eine Spannweite von 34 mm und eine Tiefe von 15 mm hat, die hintere 33 resp. 16, und die linke 34 resp. 17; die Spannweite schwankt demnach zwischen 33 und 34, die Tiefe zwischen 15 bis 17 mm bei einem durchschnittlichen Umfange der Aorta von 74 mm. Gleichzeitig bei Sektionen von Herzkranken vorgenommene Messungen der Klappen lehren, dass im Klappenapparat selbst eine Art von Kompensation eintritt, indem bei Schrumpfung einer Klappe eine zweite ganz bedeutend ausgedehnt wird. Aus der Art der Geräusche lässt sich schon bei Lebzeiten auf die vorhandene Störung

im Klappenschlusse schließen: ein langes Geräusch deutet auf eine beträchtliche Insufficienz hin, ein kurzes lehrt, dass nur wenig Blut aus der Aorta in das Herz zurückströmt; beginnt ein Geräusch mit einem Tone, so ist eine Klappe wenigstens noch in gutem Zustande. Bei einem Pat. ließ sich z. B. ein langes Geräusch ohne Ton nachweisen, später ein kurzes Geräusch mit tonartigem Vorschlage d. h. also die Insufficienz wurde durch eine Dehnung der Klappe bis auf einen kleinen Spalt kompensirt; als Pat. an einer frischen Endokarditis zu Grunde ging, zeigte sich die linke und rechte Klappe vollkommen verwachsen mit einer Spannweite von 38 mm und einer Tiefe von 15, die hintere Klappe hatte eine Spannweite von 45 mm und eine Tiefe von 20 mm. **Prior** (Köln).

---

9. **Boinet** et **Salebert.** Des troubles moteurs dans l'impaludisme.

(Revue de méd. 1889. No. 11.)

Während ihres Aufenthaltes in Tonkin beobachteten die Verff. bei Malaria-Erkrankungen eine Anzahl von Störungen von Seiten des Nervensystems, die bei uns sehr selten sind. Sie theilen dieselben in 3 Gruppen: 1) eigentliche Malariaparalysen; 2) motorische Störungen konvulsivischen Charakters, wie Tremor, choreatische, ataktische, Athetosebewegungen, Konvulsionen und Kontrakturen; ihr Auftreten ist plötzlich; häufig fallen sie mit den Paralysen zusammen, sie können jedoch auch isolirt auftreten; 3) Muskelatrophien, die sich allmählich im Anschluss an die Malaria ausbilden.

Die Paralysen der 1. Gruppe treten entweder mit dem Fieberanfall auf resp. verschwinden mit demselben, oder sie bleiben dauernd. Im ersteren Falle haben sie den Charakter der corticalen Paralysen, während die letzteren medullären Ursprungs sind, sich häufig mit Sensibilitätsstörungen und Atrophien vereinen. Die Verff. führen u. A. einen Fall an, der dadurch von Interesse ist, dass gegen Ende der Erkrankung eine reine Aphasie auftrat, die nach 4 Wochen verschwand, ohne dass dabei andere Störungen wie Hemiplegie, Monoplegie oder Paraplegie vorhanden waren. Diese nervösen Symptome werden meist bei den perniciösen Formen beobachtet; oft steht jedoch die Schwere der ersteren nicht mit derjenigen des Anfalles in Einklang. Die Lähmung ist häufig an der Peripherie stärker ausgebildet wie nach dem Centrum zu. Kommt es zu Atrophien, so wird fast stets das ganze Glied betroffen; seltener beschränken sie sich auf eine Muskelgruppe oder das Gebiet eines Nerven, wobei dann gleichzeitig Neuralgie besteht. Die Sensibilität weist in allen ihren Qualitäten Störungen auf, nur ausnahmsweise ist sie intakt.

Das Leiden kann mit der Beri-Berikrankheit, den alkoholischen und dysenterischen Paralysen verwechselt werden. Doch giebt es genügend differentialdiagnostische Momente zur Unterscheidung (cf. Original).

Der pathologisch-anatomische Befund besteht in Hyperämie, in Hämorrhagien oder in den verschiedenen Formen der Erweichungsprocesse des Rückenmarkes; bei den ausgebreiteten Atrophien sind natürlich die Vorderhörner betheiligt.

Die Prognose ist ernst, besonders in den mit Atrophie komplicirten Fällen; sie hängt von dem Sitz, der Natur und der Ausbreitung der nervösen Störungen ab.

Die Therapie besteht in großen Dosen Chinin innerlich und subkutan, auch prophylaktisch beim Einsetzen des Fieberanfalles.

Eine größere Anzahl Krankengeschichten eigener und fremder Beobachtung, so wie eine umfassende Litteraturübersicht haben die Verff. hinzugefügt. **A. Neisser** (Berlin).

---

10. **A. Cramer.** Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntnis der Paranoia.

Freiburg, **J. C. B. Mohr,** 1889.

Verf. erörtert die wichtige Rolle, welche der Muskelsinn und seine Abnormitäten bei verschiedenen Formen der Paranoia spielen. Er supponirt für den Muskelsinn eine centripetale Bahn, die im Muskel ihre Aufnahmestation hat und dazu bestimmt ist, Nachrichten über die Zustände der Muskulatur zur Großhirnrinde zu bringen. Die Bedeutung dieser Bahn erhellt, wenn man bedenkt, dass auf ihrer Funktion die Erlernung aller Bewegungen beruht, ja dass sogar die Entfaltung unseres geistigen Lebens durch den Muskelsinn zum großen Theil bedingt wird, da er die Aneignung der Sprache, dieses vornehmsten Werkzeuges des Geistes, ermöglicht.

Es lässt sich somit erwarten, dass Funktionsstörungen dieser Sinnesbahn geeignet sind, auffällige und tiefgehende Störungen des Geisteslebens hervorzubringen. Verf. zeigt, dass es vornehmlich hallucinatorische Vorgänge sind, welche in solcher Weise bedingt werden. Die bekannten und häufigsten Zwangsbewegungen und Zwangshaltungen mancher Paranoiker finden ihre Erklärung am einfachsten, wenn man annimmt, dass bei diesen Kranken falsche Nachrichten über die Zustände der Muskulatur zum Sensorium gelangen und dass dann von hier aus korrigirende Bewegungsimpulse ausgelöst werden.

Sehr auffällige Störungen machen die Abnormitäten des Sprachmuskelsinnes. Verf. bezieht sich auf die mehrfach anerkannte Thatsache, dass jedes Denken begleitet ist von schwachen Impulsen, die in die Muskulatur des Sprachapparates gehen. Wie die Begriffe ursprünglich schon nichts sind als Verschmelzungen von sinnlichen Vorstellungen mit Sprachlauten, welch' letztere mit der Entwicklung der Sprache und des Denkens immer mehr in den Vordergrund des Bewusstseins beim Denken treten, die sinnlichen Vorstellungen verdunkelnd, so ist jedes Denken nur möglich in Worten. Wird das Wort nicht ausgesprochen sondern nur gedacht, so fließen doch die-

selben Bewegungsimpulse, die das gesprochene Wort als Laut erscheinen lassen, nur schwächer, in die Sprachmuskulatur. Nicht nur der Ungeübte, der für sich lesend, die Lippen sichtbar mitbewegt, sondern ein jeder Mensch spricht gewissermaßen innerlich mit, wenn er denkt. Nimmt man nun an, dass die Bahn des Muskelsinnes des Sprachapparates hyperästhetisch sei, so werden diese schwachen bei jedem auftauchenden Gedanken in die Sprachmuskulatur abfließenden Bewegungsimpulse dem Bewusstsein verstärkt zurückkehren. Sie werden als Berichte stärkerer Muskelaktionen aufgefasst werden müssen. Solche Pat. versichern, es sei ihnen, als ob Alles, was sie dächten, in ihnen gesprochen würde. (Gedankenlautwerden.) Werden diese hallucinatorischen Bewegungsvorstellungen associirt mit irgend einem dem Sensorium gleichzeitig durch den N. acusticus zugeführten Klangbild, so geben solche Pat. an, sie hörten ihre Gedanken im Sausen des Windes, im Ticken der Uhr, dem Läuten der Glocken etc.

Ungezwungen erklären sich aus dieser feinsinnigen Theorie zwei weitere merkwürdige Phänomene, welche sich oft bei Paranoikern finden, die von Gedankenlautwerden geplagt sind. Solche Kranke geben nämlich oft an, es werde ihnen Alles, was sie schreiben wollten, diktirt, das, was sie läsen, werde dagegen mit- oder nachgesprochen. Natürlich, denn der Schreibende muss seine Gedanken d. h. Bewegungsvorstellungen des Sprachapparates umsetzen in Schriftbilder. Jene müssen desshalb diesen vorangehen und daher muss auch die Hallucination zuerst auftreten. Umgekehrt hat der Lesende die Schriftbilder umzusetzen in die Bewegungsvorstellungen des Sprachapparates, um das Gelesene zu verstehen. Die letzteren treten somit sekundär auf, die Hallucination folgt nach.

Den theoretischen Auseinandersetzungen, von denen hier nur einige wesentliche hervorgehoben werden konnten, folgt eine Anzahl sehr sorgfältig geführter Krankengeschichten, die in hohem Maße geeignet sind, jenen Ausführungen eine sichere klinische Unterlage zu geben. Besonders derjenige, der die älteren Anschauungen über das Wesen der Hallucinationen unzulänglich und unhaltbar findet, wird aus dem C.'schen Buche reiche Anregung schöpfen.

Rosenblath (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

11. **Sisley.** A case of aneurysm of the ascending part of the arch of the aorta; rupture into the superior vena cava.
(Lancet 1889. No. 3433.)

12. **Gairdner.** Case of aneurysm of the arch, perforating into the vena cava superior.
(Ibid. No. 3434.)

Nach einer Statistik von Sibson kam es unter 900 Fällen von Aortenaneurysma nur 7mal zum Durchbruch in die Vena cava superior.

Der S.'sche Fall betraf einen 35jährigen Arbeiter. Derselbe gab bei der Auf-

nahme an, dass er seit einigen Monaten Abends Anschwellungen im Gesicht, besonders an den Augenlidern bekomme, die über Nacht wieder verschwanden. Sonst habe er sich wohl gefühlt, sei auch heute wie gewöhnlich zur Arbeit gegangen, jedoch plötzlich krank geworden. Gesicht, Hals und Arme waren cyanotisch, die Ohren fast schwarz, die Augenlider geschwollen. Auf der Mitte des Brustbeins hörte man ein systolisches und diastolisches Geräusch. Schmerzen und Lähmungserscheinungen fehlten. Der Kranke war etwas schlaftrunken. Man diagnosticirte ein die Vena cava superior komprimirendes Aortenaneurysma und ließ zur Ader. Dabei zeigte sich ausgedehnte Pulsation der Arm-, Kopf- und Halsvenen und die Aderlassblutung war kaum zu stillen. 2 Stunden später starb der Kranke im Koma. Die Sektion ergab ein in die Vena cava superior durchgebrochenes Aortenaneurysma. —

In dem Falle von G. handelte es sich um einen 44jährigen Mann. Auch hier waren Cyanose und Anasarca der oberen Körperhälfte das bemerkenswertheste Symptom. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

13. **H. Littlejohn.** Notes of a case of transposition of the abdominal and thoracic viscera.

(Edinb. med. journ. 1889. April.)

Verf. entdeckte bei einer 80jährigen Frau eine totale Umlagerung der Brust- und Bauchorgane, so dass er ein vollständiges Spiegelbild des normalen Situs im Ganzen wie im Einzelnen vor sich hatte. So mündeten die Vv. cavae in den linken Vorhof, die Herzspitze lag medialabwärts von der rechten Brustwarze etc. Äußere Zeichen fehlten an der Frau, die übrigens 10 äußerlich normale Kinder geboren hatte. **Eisler** (Halle).

14. **Fleiner.** Zur Pathologie der Addison'schen Krankheit. (Aus der medic. Klinik in Heidelberg.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 51.)

Verf. berichtet über einen Fall von Morbus Addisonii, in welchem die Sektion neben Carcinom des Magens carcinomatöse Degeneration der linken Nebenniere und hochgradige Veränderungen des sympathischen Systems und der Intervertebralganglien ergab. Er behält sich weitere Mittheilungen zur Lösung der Frage über die Herkunft des Pigmentes und über das Vorkommen von Gefäßerkrankungen nach mikroskopischer Untersuchung der Gefäße und der Organe des centralen und des sympathischen Nervensystems vor. **Markwald** (Gießen).

15. **C. Rosenthal.** Zur Behandlung des Erysipelas migrans.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 42.)

In einem schweren Falle von Erysipelas migrans, welcher bereits über 14 Tage allen anderen therapeutischen Maßnahmen Trotz geboten hatte, gelang es dem Verf., den Process zum Aufhalten und in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen durch eine Kombination der Pirogoff'schen Kampherschwitzkur mit der Hüter'schen. Karbolinjektion in der Weise, dass Pat. jeden 2. Tag 2stündlich 0,15 Camph. trit. erhielt und unter Anwendung heißen Thees mehrere Stunden stark schwitzen musste, während an den dazwischen liegenden Tagen die Injektionen gemacht wurden. **Markwald** (Gießen).

16. **P. Lacour.** Vaccine généralisée au cours des dermatoses.

(Lyon méd. 1889. No. 33.)

Im Anschluss an einen vom Autor beobachteten Fall, in welchem die Vaccination eines mit einem Ekzem behafteten 8monatlichen Kindes den Ausbruch allgemeiner Vaccine mit letalem Ausgang verursacht hatte, berichtet derselbe über 8 ähnliche mehr oder minder bösartig verlaufene Fälle, wo die Impfung bei schon bestehender Hautkrankheit — Ekzem, Impetigo, Erythem, Pemphigus — ausgeübt worden war. Bei bestehenden Hautkrankheiten ist also die Impfung kontraindicirt, ausgenommen vielleicht zu Zeiten von Pockenepidemien, wo man aber

möglichst wenig Impfschnitte machen und von vorn herein einen Occlusivverband anlegen muss. **A. Blaschko** (Berlin).

17. **Mettenheimer.** Mittheilungen aus dem Annahospital in Schwerin i/M.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XXX. Hft. 3.)

1) Bandförmiger Verschluss der Scheide.

Das zur ärztlichen Untersuchung des 3jährigen gesunden Kindes führende Symptom war die abnorme Entleerung des Urins, der nicht im Strahl, sondern »herausplatzend« producirt wurde. Es zeigte sich, dass der wulstige Rand der Harnröhrenmündung hinten durch ein Schleimhautband mit dem Hymen organisch verbunden war. Das Schleimhautband hatte an seinen beiden Ansätzen eine gewisse Breite und nahm genau die Mittellinie des Körpers (und der Scheidenöffnung) ein. Es theilte den Scheideneingang in zwei gleich große Öffnungen, welche im ersten Augenblick, wenn die großen Labien aus einander gezogen waren, nicht sichtbar waren, weil sich die Falten der Vaginalschleimhaut von hinten hervordrängten und so gemeinschaftlich mit der Schleimhautbrücke den Anblick boten, als sei überhaupt kein Scheideneingang vorhanden.

(Das Bild ist von Rokitansky genau beschrieben worden.)

Die kleine Operation, welche in der Unterbindung des Bändchens an den Insertionsstellen und Herausschneidung des mittleren Stückes bestand, hatte den Erfolg, dass der Urin bald darauf in normaler Weise entleert wurde.

Das »Herausplatzen« des Urins erklärt Verf. dadurch, dass das Bändchen auf die Harnröhre (besonders wenn das Kind in hockender Stellung sich befand) einen Zug ausübte, so dass letztere, eigentlich ein cylindrischer Kanal, dadurch in einen nach vorn sich erweiternden Trichter verwandelt wurde.

2) Retropharyngealabscess.

14 Wochen altes, weibliches Kind. Beginn der Krankheit mit Drüseneiterung am rechten Unterkieferwinkel. Plötzlich Veränderung der Stimme; Stickanfälle. Die Abscesshöhlen reichen bis hinter den Kehlkopf. Athmung bei extrem aufgerissenem Munde fast unhörbar (im Gegensatz zu dem sonst üblichen Befunde). Gesichtsfarbe bleich, nicht cyanotisch. Nach Eröffnung des Retropharyngealabscesses, von dem es Autor dahingestellt lässt, ob er oder die Lymphdrüseneiterungen den primären Krankheitsherd gebildet haben, langsame Genesung.

3) Psoitis.

13jähriger Knabe am 22. November auf die rechte Hüfte gefallen. Trotz heftiger Schmerzen starke Bewegung bis zum 28. d. M. Von da ab Delirien; das rechte Bein liegt gekrümmt und stark in die Höhe gezogen; stark geschwollen und röthlich blau. Am 3. December trat Exitus letalis ein.

Hüftgelenk bei der Sektion eiterfrei; Knorpel geröthet, am Rande des Kopfes erodirt. Der obere Theil des M. sartorius, der M. psoas und ein Theil des M. iliacus internus waren innerhalb ihrer Scheiden in eine rahmartige weißlich-röthliche Masse verwandelt, in der noch einzelne Muskelpartien kenntlich waren. Ein Theil des Eiters hatte die Scheide der erkrankten Muskeln durchbrochen und das umgebende Gewebe infiltrirt, war auch in den erweiterten Inguinalkanal gedrungen. Andere Körperpartien nicht secirt.

Auffallend ist, da der Kranke zweifellos bis zum Falle gesund war, die rasch eingetretene Vereiterung der Muskeln. **M. Cohn** (Hamburg).

18. **C. C. Burman.** Nocturnal paroxysms in whooping-cough: an explanation of their frequency.

(Edinb. med. journ. 1889. December.)

B. versucht die Thatsache zu erklären, dass beim Keuchhusten oft gerade Nachts die Anfälle besonders heftig sind; dieselbe ist von verschiedenen Autoren verschieden gedeutet worden. So hat z. B. Trousseau die Vermuthung ausgesprochen, dass dies durch den Fortfall vieler am Tage wirkenden Nervenreize bedingt sein möge, welche die Sinne des Pat. beschäftigen. B.

lässt dies gelten, macht aber darauf aufmerksam, dass die Hustenanfälle ganz besonders häufig zu bestimmten Zeiten auftreten, die sich nach der Stunde zu richten pflegen, wann die Kranken zu Bette gehen. Beobachtet man nach dieser Richtung hin genauer, so findet man, dass vorwiegend Intervalle von $1^1/_2$—2 Stunden und von $5^1/_2$—6 Stunden nach dem Einschlafen verfließen, nach welchen die heftigsten Hustenanfälle kommen; es sind dies dieselben Zeitintervalle, in welchen nach experimentellen Versuchen der Schlaf am tiefsten ist. Auch für das Asthma lässt sich Ähnliches feststellen (?). Ob dies richtig ist, wäre wohl erst durch zahlreichere Beobachtungen zu begründen; nach den Erfahrungen an anderen Hustenkranken dürfte wohl eher das Gegentheil zu erwarten sein, d. h. dass die Pat. im tiefsten Schlafe am wenigsten husten. Auch die sonstigen Darlegungen B.'s über die besonders große Erregbarkeit des Athmungscentrums zu diesen Zeiten machen einen recht gekünstelten Eindruck und bringen nichts Thatsächliches. **Küssner** (Halle).

19. **Chavernac.** Une localisation cérébrale.

(Union méd. 1890. No. 17.)

Ein 69jähriger Mann begann Mitte Juli über Kopfschmerzen, Ohrensausen, allgemeine Mattigkeit, starkes Schwitzen zu klagen. Einige Tage später Nachts heftiger Durchfall und Erbrechen, eben so in der nächsten Nacht, dabei Tenesmus, Entleerung schleimiger Massen. Starke Erregung, Pat. sprach mit sich selbst, schreckte auf Anreden empor; die Sprache wurde undeutlich, heiser, Schlucksen stellte sich ein, Dyspnoe, trockner Husten. Anhaltender Durchfall mit Tenesmus und Schleim. Dabei konnte Pat. gut schmecken, obwohl die Zunge beim Sprechen schwer erschien. Beim Trinken hielt Pat. den Mund offen. Ptosis des linken oberen Augenlides. Suchte er sich im Bette aufzusetzen, so fiel er wie eine leblose Masse zurück. Diese Erscheinungen dauerten bis zum 1. August, wo C. den Pat. zuerst sah: Puls klein, Athmung stertorös, Schlucksen, etwas Husten, Sprache, »wie wenn Steine im Munde wären«. Pfeifen unmöglich. Umdrehen auf die andere Körperseite führt Pat. aus, als wenn Rumpf und Kopf fest an einander befestigt wären. Ptosis links, Pupille kontrahirt sich lebhaft, aber das Auge kann nicht bis zum äußeren Augenwinkel bewegt werden. Rechtes Auge normal. Motilität, Sensibilität überall erhalten, keine Krämpfe, Schlucken erschwert. An Herz und Lungen nicht Abnormes. Initialer Schüttelfrost war nicht vorhanden gewesen. Blutegel, Sinapismen hatten keinen Erfolg und unter Steigerung der Schluck- und Athembeschwerden ging der Kranke gegen 6 Uhr Morgens zu Grunde. Intelligenz war sonst stets erhalten gewesen.

C., welcher selbst bisher ein ähnliches Krankheitsbild nicht gesehen und nirgends beschrieben gefunden haben will, sucht dann weiter aus einander zu setzen, welcher Art die vorliegende Gehirnaffektion hier gewesen (leider fehlt die Obduktion). Betheiligt war eine große Anzahl von Nerven, besonders diejenigen, welche in der Gegend des Bulbus ihren Ursprung nehmen. Es bestand die von Jaccoud so genannte Glossoataxie, also auch Betheiligung des Hypoglossus, ferner des Vagus, Glossopharyngeus, Facialis. Eine Myelitis bulbaria lag nicht vor; bei dieser sind andere Erscheinungen vorhanden; ferner bestanden hier Affektionen von Organen, deren Innervation in der Protuberanz gelegen ist. Die Läsion, die den Tod veranlasste, breitete sich vom Noeud vital bis ins Innere der Protuberanz aus, stieg aber nicht höher, da die Intelligenz nicht gestört war. Verf. stellt daher die Diagnose auf: Mesocephalitis acuta. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Bernhardt und Kronthal.** Fall von sog. traumatischer Neurose mit Sektionsbefund.

(Nach einem Vortrag in der Gesellschaft für Psychiatrie am 13. Januar 1890.)

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 4.)

Der $30^1/_2$ Jahre alte Postillon Fr. D. wurde Anfang Mai 1886 durch den Huf eines Pferdes vor das Epigastrium geschlagen und erkrankte danach schwer unter

dem Symptomenkomplex der Neurasthenie und Hysterie (vgl. die in der deutschen med. Wochenschrift 1888, No. 13 mitgetheilte Krankengeschichte). Auch nach erfolgter Pensionirung mit ausreichendem Gehalte und Beschäftigung in einer Portierstellung blieb er äußerst niedergeschlagen, litt an Beklemmung, Schwindel, Anfällen von Bewusstlosigkeit, nächtlicher Unruhe; er machte Anfang Mai 1889 seinem Leben durch Erhängen ein Ende. Bei der Obduktion (Strassmann) fand sich außer den Zeichen des Erhängungstodes: Magen-Darmkatarrh, Fettleber, am Nervensystem makroskopisch nichts Abweichendes. Das in Müller'scher Lösung aufbewahrte (zerschnittene) Rückenmark wurde Ende Oktober K. zur Untersuchung übergeben. Die den einzelnen Stücken entnommenen, verschieden gefärbten Schnitte zeigten makroskopisch ein fleckiges Ansehen, indem in der weißen Substanz hellere und dunklere Partien zu unterscheiden waren (während die graue Substanz makroskopisch nichts Bemerkenswerthes darbot). Die Flecke waren fast überall vorhanden, keinem System sich anschließend, planlos, ohne scharfe Formen. Mikroskopisch Vermehrung der Glia; die Markscheiden haben zum Theil Farbe aufgenommen, in einigen Fasern sind Achsencylinder nicht mehr aufzufinden; die Veränderungen nirgends sehr hochgradig. Graue Substanz überall normal, die Zellen tadellos erhalten. Die Wandungen der Gefäße verdickt, zum Theil stärker als das Gefäßlumen. Der Befund in diesem Falle erinnert demnach ganz und gar an den von K. untersuchten in einem älteren Falle von traumatischer Neurose aus der Eulenburg-Mendel'schen Poliklinik (Neurolog. Centralbl. 1889 No. 12), in welchem sich hochgradige Arteriosklerose mit fleckweiser Degeneration des Rückenmarkes in allen Gebieten der weißen Substanz als wesentlicher Befund herausstellte, daneben jedoch auch eine eigenthümliche Entartung des Sympathicusstammes, ferner Entartung der Ganglienzellen in einer kurzen, abnorm konfigurirten Partie des unteren Dorsalmarkes, und eine kleine Hämorrhagie im mittleren Dorsalmark angetroffen wurde. Der Sympathicus stand im gegenwärtigen Falle nicht zur Verfügung. Die graue Substanz war in Fall 2 vollkommen gesund, in Fall 1 mit Ausnahme der abnorm konfigurirten Partie, bei welcher eine besondere Neigung zu Degeneration anzunehmen war. Die Blutung in Fall 1 ist als Folge der sehr hochgradigen Veränderungen im Gefäßsystem zu betrachten. Gemeinsam bleibt beiden Sektionsbefunden für das Rückenmark demnach: »Arteriosklerose und fleckenweise Degeneration leichten Grades in allen Gebieten der weißen Substanz«.

Eulenburg (Berlin).

21. Unna. Über einen neuen Mikrobrenner und seine Anwendung bei der Rosacea und anderen Hautkrankheiten.

(Monatshefte für praktische Dermatologie 1890. No. 1.)

Bei dem U.'schen Mikrobrenner ist die Benzinflasche des Paquelin ersetzt durch eine Glaskugel mit einer weiten Öffnung nach dem Doppelgebläse zu, durch welche die Benzintropfen eingegossen werden, und einer verengten Öffnung nach dem Brenner zu. Ferner ist, um eine stärkere Erwärmung des Gummischlauches zu vermeiden, dieser von dem Metall durch ein gläsernes Zwischenstück getrennt. Der Mikrobrenner wird von U. bei Rosacea empfohlen, ferner zur Behandlung von Eiterungen sehr feiner Fistelgänge, der kleinsten Lupusknötchen und endlich bei Lichen obtusus. (Ob die chirurgische Behandlung des Lichen in der ambulanten Praxis sich empfiehlt, möchte Ref. bezweifeln.)

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

Bücher-Anzeigen.

22. Alexander. Syphilis und Auge.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1890. 234 S.

Die Fülle von neuen kasuistischen Beobachtungen, Deutungen der Krankheitsbilder und therapeutischen Regeln, welche Verf. mit dem bisher Bekannten zu einer übersichtlichen und erschöpfenden Monographie vereinigt hat, gestattet nur Einzelnes herauszugreifen, das besonders wichtig erscheint: Es werden 2 Fälle von hartem Schanker der Lider mit Nachweis der Infektionsgelegenheit mitgetheilt, ulcerirende Gummata der Lidhaut und ein rupiaartiges Geschwür derselben beschrieben. A. schließt sich gegen Förster denen an, welche gummöse Erkrankungen der Thränendrüse anerkennen. In dem von ihm mitgetheilten Falle ist es nicht ausgeschlossen, dass das Gumma in dem die Drüsen umgebenden Gewebe seinen Ursprung hatte. Ursache der parenchymatösen Keratitis ist nicht immer hereditäre Syphilis; in 13 Fällen A.'s lag ausschließlich erworbene Lues vor. Sehr selten sah A. die syphilitische Keratitis punctata, deren einzelnen Herdchen Mauthner die Bedeutung gummöser Zellanhäufungen zuschreibt. Syphilitische Skleritis in Form bläulichrother Buckel kam 2mal zur Beobachtung, Gummata der Sklera 1mal. Unter allen Organen des Auges wird die Iris am häufigsten von der konstitutionellen Syphilis ergriffen. Alle überhaupt vorkommenden Formen der Iritis können syphilitischer Natur sein, einzelne sind für Syphilis pathognomonisch. Plastische Iritis kann unter Umständen das erste Symptom konstitutioneller Syphilis sein, selbst noch während des Bestehens einer Initialsklerose auftreten. Unter den Iritiden mit Knötchenbildung ist die papulöse von der gummösen zu unterscheiden. Die Papeln, die in früheren Perioden auftreten, sind gefäßreich und werden fast spurlos resorbirt, während die gefäßarmen Gummata käsig oder fettig zerfallen und nur mit Narbenbildung heilen. Von den grauweißen Tuberkeln der Iris, die meist in größerer Zahl auftreten, unterscheiden sich die syphilitischen Knötchen durch ihre braunrothe, gelblichrothe oder gelbliche Farbe und ihre stets geringe Zahl. Einzig in seiner Art ist A.'s Fall recidivirender syphilitischer Iritis serosa. Die von Schmidt-Rimpler zuerst beschriebene Iritis mit Linsenluxation vortäuschendem gallertigem Exsudat in die Vorderkammer kam A. 6mal vor. Keine einzige Form von Chorioiditis an sich möchte A. als charakteristisch für Syphilis ansprechen; doch hält er alle Formen fleckenförmiger Chorioiditis, die mit Glaskörpertrübungen verbunden sind, für in der überwiegenden Mehrzahl luescher Natur. Selten ist die Ablagerung eines weißlich-grünen Chorioidealexsudates gerade unter die Netzhautgrube und gewöhnlich mit anderweitigen Veränderungen am Auge verbunden. Die diffuse syphilitische Chorioretinitis ist durch die begleitende staubförmige Glaskörpertrübung charakterisirt, Hemeralopie, Herabsetzung des Lichtsinnes. Unter den Formen der syphilitischen Retinitis sind besonders die in der Umgebung der Papille lokalisirten hervorzuheben. Die v. Gräfe'sche »centrale recidivirende Retinitis« hat A. nur 3mal gesehen und bereits früher beschrieben, seitdem (1876) nicht mehr. Unter den krankhaften Veränderungen des Sehnerven giebt es keine, die für Syphilis charakteristisch wäre. Es kann sich handeln um Stauungspapille in Folge von gummösen Erkrankungen innerhalb der Schädelkapsel, Neuritis descendens, Sehnervenatrophie, vorübergehende Amblyopie oder Amaurose ohne ophthalmoskopischen Befund, Hemianopsie, Flimmerskotom. Totale III.-Lähmung lässt auf Neubildung an der Hirnbasis schließen, während partielle Lähmungen auf luische Gefäßerkrankungen der Endarterien der III.-Kerne zurückzuführen sind: Ophthalmoplegia interna = Lähmung des Sphincter, der Pupillen und des Accommodationsmuskels, und Ophthalmoplegia externa = gänzliche oder partielle Lähmung der äußeren Augenmuskeln. Einseitige auf Syphilis beruhende Mydriasis und Accommodationslähmung ist unheilbar und häufig Vorläufer psychischer Störungen. Von den drei Bewegungsnerven des Auges erkrankt durch Syphilis am seltensten der IV.

Die hereditäre Syphilis kann sich bereits in angeborenen intra uterum zu Stande gekommenen Veränderungen zeigen, besonders kongenitalen hinteren Syn-

echien. Akute Iritis von Kindern in den ersten Lebensmonaten und auch in den späteren Jugendjahren beruht stets auf angeborener Syphilis. Chorioretinitis hat öfters ererbte Lues zur Ursache, während für Retinitis pigmentosa A. dies nur in vereinzelten Fällen nachweisen konnte. Betreffs der Keratitis diffusa erkennt A. in sehr vielen Fällen ererbte Syphilis nicht als Ätiologie an. Insbesondere sind die Hutchinson'schen Zähne allein zur Sicherung dieser Diagnose für ihn nicht maßgebend.

Die Behandlung der syphilitischen Augenleiden, in so fern sie überhaupt mit Hg zu behandeln sind, geschieht am besten mittels der Schmierkur. Die Aachener Thermen unterstützen diese Kur zweckmäßig. Kranke, deren Haut die graue Salbe nicht verträgt, erhalten unter allen Vorsichtsmaßregeln Neisser'sche Kalomel-Öleinspritzungen, von denen Verf. niemals Nachtheile gesehen hat. Jodkalium wird für Erkrankungen im gummösen Stadium gegeben. In dem Bestehen der Lues sieht A. keine Gegenanzeige gegen im Übrigen angezeigte operative Eingriffe. Ist bei Sehnervenleiden der Übergang in Atrophie bereits im Gange, so ist die Behandlung mit Quecksilber streng kontraindicirt.

Weinbaum (Marburg).

23. **Pauline Tarnowsky.** Étude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses.

Paris, 1889.

Die Verf. hat es unternommen, vergleichend-anthropologische Studien und Messungen an Prostituirten und Diebinnen auszuführen. Dieses Gebiet war bisher wenig studirt worden. Man wird dem Fleiße und den mühevollen Anstrengungen der Verf. seine Anerkennung nicht versagen dürfen, wenn man sich auch nicht immer mit den Schlussfolgerungen, welche dieselbe aus ihren Beobachtungen zieht, einverstanden erklären wird. Wir beschränken uns darauf, die Schlüsse, zu welchen sie am Ende ihrer Arbeit gelangt, hier wiederzugeben: Die professionellen Prostituirten stehen auf einer niedrigen Stufe der Entwicklung und weisen Zeichen physischer und psychischer Degeneration auf. Die physischen prägen sich in Anomalien des Schädels und des Gesichtes, der Ohren und der Zähne aus. Daneben besteht eine mehr oder weniger ausgesprochene Intelligenzschwäche verbunden mit neuropathischer Konstitution und moralischem Defekt. Diese Degenerationszeichen sind am ausgesprochensten bei den Prostituirten und Diebinnen, deren Mütter dem Alkoholismus ergeben sind. Dies bestärkt die Verf. in der Anschauung, dass der Einfluss der Mutter auf den kindlichen Organismus am stärksten ist. Die Diebinnen bieten zwar ebenfalls eine große Zahl Anomalien dar, entfernen sich aber von dem normalen Typus weniger als die Prostituirten.

Der Anthropologe wird in dieser Monographie viele Messungen von Schädeln und Schädeldurchmessern finden, welche an etwa 150 Individuen der oben bezeichneten Kategorien und an eben so vielen gesunden russischen Frauen angestellt sind. Es ist zu hoffen, dass diese Untersuchungen auch die ihnen gebührende Beachtung finden. Die weitesten Kreise auf sie hinzuweisen war der Zweck dieses kurzen Referates.

Joseph (Berlin).

24. **C. v. Kahlden.** Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate für Studirende und Ärzte.

Jena, **G. Fischer,** 1890. 94 S.

Diese als Ergänzungsheft zu Ziegler's Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie erschienene Schrift enthält in kurzgefasster und dabei doch hinreichend ausführlicher Darstellung eine Zusammenfassung der wichtigsten, namentlich für pathologisch-anatomische Untersuchungen in Betracht kommende Methoden der Mikroskopie. Obwohl allem Anschein nach zunächst zur Einführung in den Unterricht bestimmt, wird doch auch der Geübtere sie mit Vortheil zum Nachschlagen gebrauchen, da der Verf. sich bemüht hat, alle Vor-

schriften, so weit sie sich namentlich auf die verschiedene Zusammensetzung der Reagentien, Färbeflüssigkeiten u. dgl. m. beziehen, mit präcisester Genauigkeit wiederzugeben und jedenfalls von den wichtigeren Untersuchungsmethoden keine vergessen worden ist.

Die Schrift zerfällt in 15 Kapitel, von denen die ersten 8 die allgemeine Technik behandeln, die übrigen dagegen dem eigentlichen Gegenstand, der speciellen Technik, d. h. der Untersuchung pathologisch-anatomischer Objekte, gewidmet sind. Es werden hier kurz hinter einander und zwar ausschließlich mit Bezug auf das histologische Untersuchungsverfahren, die verschiedenen Formen der degenerativen Veränderungen, die Untersuchung wuchernder Gewebe, der Bakterien und an sie sich anschließender pflanzlicher und thierischer Organismen, endlich die Behandlung der einzelnen Gewebe und Organe — mit besonderer Ausführlichkeit ist die mikroskopische Technik bei der Untersuchung des Centralnervensystems geschildert — besprochen. Da der Verf. sich allenthalben auf den Standpunkt rein objektiver Darstellung beschränkt und kritische Bemerkungen nur dort einfügt, wo dieselben durchaus nöthig sind, so können wir diesen kurzen Abriss der pathologisch-mikroskopischen Methodik allen sich mit dem Gegenstand Beschäftigenden aufs wärmste empfehlen.

A. Fraenkel (Berlin).

25. **F. Wesener.** Lehrbuch der chemischen Untersuchungsmethoden zur Diagnostik innerer Krankheiten.

Berlin, **Fr. Wreden,** 1890. 280 S. Mit 28 Abbildungen in Holzschnitt.

Gleichfalls ein kurzgefasstes Lehrbuch, welches in der Absicht, nur so weit es das klinische Bedürfnis erheischt, zur Unterweisung zu dienen, die komplicirteren Untersuchungsmethoden mehr oder weniger unberücksichtigt lässt. Obwohl hierin für den Anfänger ein Vortheil liegt, so will es uns doch bedünken, als ob der Verf. in der sich selbst auferlegten Reserve stellenweise etwas zu weit gegangen ist. Methoden von so leichter Ausführbarkeit und von so allgemeiner Wichtigkeit wie beispielsweise die Kjeldahl'sche Stickstoffbestimmung, wie selbst die Salkowski'sche Harnsäurebestimmung, an deren Stelle nur die gänzlich unsichere Heintz'sche Methode der einfachen Ausfällung mit Salzsäure und Anbringung einer Korrektur nach Schwanert aufgeführt sind, dürften füglich in einem Lehrbuch dieses Umfanges nicht fehlen. Im Übrigen ist die Darstellung klar, die Anordnung übersichtlich, in so fern bei jedem einzelnen Körper zunächst das chemische Verhalten, hierauf der qualitative Nachweis und die quantitative Bestimmung, endlich das physiologische und pathologische Verhalten abgehandelt sind. Die Untersuchung des Harns nimmt weitaus den größten Abschnitt (mehr als ein Drittel) des Buches ein. Gegenüber der Frage über das Vorkommen einer physiologischen Albuminurie stellt — was anzuführen wir nicht unterlassen wollen — sich Verf. auf den negirenden Standpunkt und meint, dass, abgesehen von wenigen Ausnahmen, »jede Albuminurie, sei sie dauernd oder transitorisch, als eine pathologische zu bezeichnen und nur die Frage offen zu lassen sei, ob es sich dabei um wirklich anatomische, wenn auch ganz geringfügige Läsionen der Nieren oder um Cirkulations- oder nervöse Anomalien handle«. Im Schlusskapitel giebt Verf. auf 23 Seiten eine kurzgefasste, für den Anfänger bestimmte Übersicht der chemischen Technik nebst einem Verzeichnis der Eigenschaften, Anwendungsweise und theilweise auch der Herstellung der gebräuchlichsten Reagentien.

Eine Reihe sorgfältig ausgeführter Holzschnitte dient zur Illustrirung des Textes.

A. Fraenkel (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und eine Beilage: Liquor Ferro-Mangan-Pepton. Keysser betreffend.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 32. **Sonnabend, den 9. August.** **1890.**

Inhalt: 1. **Bial,** Nierenphysiologie. — 2. **Ballowitz,** Fibrilläre Struktur und Kontraktilität. — 3. **Browicz,** Kittsubstanz der Muskelzellbalken des Herzens. — 4. **Speck,** Muskelthätigkeit und Athmung. — 5. **Nissen,** Einfluss der Alkalien auf die Galle. — 6. **Gottlieb,** Eisenausscheidung durch den Harn. — 7. **Favilli,** Eiweißkörper des Blutes bei Anämie. — 8. **Nocht,** Desinfektion mit Karbolseifenlösungen. — 9. **E. Pfuhl,** Desinfektion der Latrinen mit Kalk. — 10. **Pieniazek,** Spekulirung der Trachea nach Tracheotomie. — 11. **Schmaltz,** Alterspuls. — 12. **Kahler,** Initiale Symptome der Tabes. — 13. **Charcot,** Maladie de Morvan. — 14. **Nonne,** Hypnotismus. — 15. **Friedheim,** Injektionen bei Gonorrhoebehandlung.

16. **Pel,** Stethoskop. — 17. **Arthaud** und **Butte,** Unterbindung der A. hepatica. — 18. **Kerry,** Eiweißzersetzung durch Bacillen des malignen Ödems. — 19. **Brown-Séquard,** Nerveneinfluss auf Fäulnis. — 20. **Grunmach,** 21. **Niesel,** Dextrokardie. — 22. **Schrötter,** Achsendrehung des Herzens. — 23. **Chapotot,** Kongenitaler Herzfehler ohne Cyanose. — 24. **O'Donnell,** Einwicklung bei Mitralinsufficienz. — 25. **Wright,** Amylnitrit bei Herzfehler. — 26. **Heidenhain,** Typhusendemien. — 27. **Gibney,** »Typhoid spina«. — 28. **Kühn,** Diphtheritis mit Erythema exsud. multif. — 29. **Dubreuilh,** 30. **Philips,** Erytheme bei Gonorrhoe. — 31. **Spillmann** und **Parisot,** Furunkulose und Polyurie. — 32. **Wertheimber,** Pruritus universalis. — 33. **Courtade,** Latente Konstipation. — 34. **Watson Cheyne,** 35. **Milligan** und **Hare,** Hirnabscess. — 36. **Sommer,** Atlasankylose und Epilepsie. — 37. **Moravcsik,** Hysterie und Hypnotismus. — 38. **Rosenthal,** Subkutane Eiseninjektionen. — 39. **Gibson** und **Felkin,** Myosis nach Salicylgebrauch.

1. **M. Bial.** Ein Beitrag zur Physiologie der Niere.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVII. p. 116.)

Die Angabe v. Wittich's, dass in der Niere von Vögeln Ablagerungen von harnsauren Salzen in den Epithelzellen der Harnkanälchen vorkommen, vermochte B. nicht zu bestätigen. An seinen Mikrotomschnitten sah er die Harnkügelchen immer nur im Lumen der Harnkanäle. Das änderte sich nicht, als er bei Tauben die Harnmenge durch Harnstoff- oder Harnsäureverfütterung vermehrte oder wenn er bei Hühnern die Harnsäureausscheidung durch Fleischfütterung steigerte. Auch die Untersuchung der Nieren fleischfressen-

der Vögel (Dohle, Bussard) gab nur negative Erfolge. Endlich waren die Epithelzellen auch dann frei von Uraten, wenn durch Ureterenunterbindung Harnstauung herbeigeführt worden war. Ähnlich verhielt sich die Niere von Eidechsen.

Harnkonkretionen weisen dagegen auf die Epithelzellen der Nieren vieler wirbelloser Thiere, wie schon Meckel und dann besonders Leydig gefunden hatten. Verf. untersuchte die Niere von Helix pomatia. Die hier in den Epithelien abgelagerten Harnbestandtheile erkannte er als Guanin. Sie befinden sich in der dem Lumen zugewendeten Hälfte der Zellen und sind an einen organischen »Träger« gebunden. Die von Meckel in den Epithelzellen beschriebenen Vakuolen sah B. oft fehlen; das war, wie er nachweisen konnte, stets bei Wassermangel der Fall. Feucht gehaltene Schnecken zeigten sie stets. Sie sind ein Ausdruck der Wasserabsonderung. Bei Schnecken, denen Säurefuchsin beigebracht worden war, fanden sich an Stelle der Wasservakuolen solche, die mit Farbstofflösung erfüllt waren.

Bezüglich der Ausscheidung der Konkretionen stimmt B. Meckel bei, welcher annimmt, dass dieselben ohne Zerstörung der Zellen aus ihnen ausgestoßen werden. Fände eine so umfangreiche Ausstoßung der Zellen statt, wie sie Vogt und Young angenommen haben, so müsste eine lebhafte Zellneubildung stattfinden. B. vermisste aber stets Kerntheilungsfiguren. Auch enthält der abgeschiedene Harn Guaninkugeln, aber keine zelligen Elemente.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **E. Ballowitz.** Fibrilläre Struktur und Kontraktilität.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. p. 433.)

B. findet, dass der Achsenfaden der Spermatosomen bei den Säugern, Vögeln, Reptilien und Fischen überall eine fibrilläre Struktur besitzt, nur den Achsenfaden der urodelen Amphibien findet er nicht fibrillär und auch nicht kontraktil. Fibrillär ist dagegen bei letzteren der Randfaden der undulirenden Membran. Die Beziehung zwischen Kontraktilität und der Struktur der kontraktilen Gebilde erläutert B. dahin, dass dort Fibrillen vorhanden sind, wo Kontraktilität besteht, und dort in ganz homologen Gebilden Kontraktilität fehlt, wo Elementarfibrillen fehlen. Verf. bespricht in eingehender Weise die analogen Verhältnisse bei anderen kontraktilen Gebilden (quergestreifte und glatte Muskulatur, Flimmerorgane) und weist auch auf die fibrilläre Struktur der Chromatinfäden und Spindelfasern der Kerne hin, denen Kontraktilität wahrscheinlich gleichfalls eigen ist. Auch die kontraktilen Erscheinungen am Zellkörper selbst sind nach früheren Angaben Engelmann's und des Verf., so weit sie auf aktiver Zusammenziehung der Zelle und ihrer Theile beruhen und nicht molekulärer oder rein physikalischer Natur sind, stets an das Vorhandensein einer feinfädigen Struktur gebunden. Verf. glaubt daher das Gesetz aufstellen zu sollen, »dass alle regelmäßige in be-

stimmten Bahnen verlaufende Kontraktion kontraktiler Substanzen an das Vorhandensein regelmäßiger parallel oder annähernd parallel neben einander liegender kontraktiler Fibrillen gebunden ist. Die Fibrillen, nicht die Zwischensubstanz, sind für die Kontraktilität das Wesentliche, die Fibrillen müssen als die eigentlichen Träger der Kontraktilität angesehen werden«. **Löwit** (Innsbruck).

---

3. **Browicz.** Über das Verhalten der Kittsubstanz der Muskelzellbalken des Herzens in pathologischen Zuständen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Die Untersuchungen, die Verf. mit großem Fleiße an 42 Herzen angestellt hat, ergaben folgende Resultate:

1) Das Hervortreten der Kittsubstanz, welche in manchen Fällen im frischen Herzmuskel so deutlich und an zahlreichen Stellen des Herzmuskels zu sehen ist, besonders in jenen Fällen, in welchen dieselbe als breiter Streifen gleichsam wie gequollen erscheint oder eine stäbchenförmige Struktur aufweist, ist nicht eine postmortale Erscheinung. B. betrachtet dieses Bild auf Grund seiner Beobachtungen als den Ausdruck der initialen Phase der Fragmentirung, als eine pathologische Veränderung, als eine Lockerung des Zusammenhanges der die Muskelbalken bildenden Zellen, welcher Zustand als solcher schon auf die Funktionsfähigkeit des Herzens Einfluss üben kann.

2) Diese Veränderung kann zu völliger Trennung der Muskelzellen führen, ja selbst vollständige Umänderung der Muskelstruktur des Herzens, die größte Unordnung in der Gruppirung der Muskelzellen nach sich ziehen. Diese Veränderung entsteht intra vitam, worauf diejenigen Fälle hinweisen, in welchen schon kurze Zeit, z. B. 12 Stunden nach dem Tode die Fragmentirung gefunden wurde, so wie der negative Erfolg an in freier Luft durch längere Zeit aufbewahrten und der Fäulnis anheimfallenden Herzen, endlich die jeden Zweifel beseitigende Beobachtung von mikroskopischen Blutherden innerhalb des zerklüfteten fragmentirten Herzmuskels.

3) Die Fragmentirung kann sich auf ausgedehnte Partien des Herzmuskels erstrecken und ist in solchen Fällen Ursache der Erlahmung der Herzfunktion und Ursache jähen Todes.

4) Die Fragmentirung kann auch herdweise auftreten und wird dann Ursache von Herzinsufficienz, gewisser Formen von Asystolie.

5) Die Fragmentirung ist eine gar nicht seltene Erscheinung: auf 42 untersuchte Fälle entfallen 14 Fälle ausgedehnter und 4 Fälle herdweiser Fragmentirung.

6) Die Fragmentirung kann innerhalb sonst normalen Herzmuskels auftreten, in Fällen, wo sowohl die Blutgefäße als auch das interstitielle Gewebe und selbst die Muskelzellen keine Veränderung darbieten.

7) Dieselbe kann jedoch auch neben trüber Schwellung oder

fettiger Degeneration, oder Bindegewebsveränderungen (Myocarditis fibrosa), sowohl in der Herzwand als auch in den Papillarmuskeln auftreten.

8) Die herdweise Fragmentirung könnte, wie es Robin vermuthet, Ursache der Herzruptur bilden.

9) Eben so könnte dieselbe gleich arteriellen Gefäßveränderungen Ursache der fibrösen Degeneration des Herzmuskels sein.

M. Cohn (Berlin).

---

4. **Speck.** Über den Einfluss der Muskelthätigkeit auf den Athemprocess.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. XLV. p. 461—528.)

S. vertritt bekanntlich Pflüger und seiner Schule gegenüber den Standpunkt, dass die Wärmebildung stets unter Mitwirkung von Muskelthätigkeit erfolgt, und dass eine Veränderung der Wärmebildung durch direkten Einfluss der Nerven auf die chemischen Vorgänge im Körper nicht besteht; in der vorliegenden sehr umfangreichen Mittheilung werden auf Grund älterer und neuer Versuche über die Veränderung des Athemprocesses bei Muskelarbeit weitere Stützen dieser Anschauung erbracht. S. findet bei Muskelarbeit eine Änderung von CO_2 durch Vertiefung der Athmung in dem Sinne, dass erstere stärker anwächst als letztere. Gesteigerte Lungenventilation allein bewirkt eine weit geringere Steigerung der CO_2-Ausscheidung und O-Aufnahme als gesteigerte Muskelthätigkeit. Mit der Höhe der Leistung wächst der resp. Quotient, es wird weniger O im Vergleich zur ausgeathmeten CO_2 aufgenommen. Mit der längeren Dauer des Versuches steigt der resp. Quotient, er betrug bei 4 Minuten Dauer 961, und nach weitern 3 Minuten 20 Sekunden 1021; die CO_2-Ausscheidung nimmt mit der Dauer der Muskelthätigkeit immer mehr zu und der aufgenommene O reicht dann zur Bildung der CO_2 nicht mehr aus. Die Zunahme der Lungenventilation reicht aber nicht aus, um sämmtliche gebildete CO_2 mit der Ausathmungsluft zu entfernen.

Nach dem Aufhören der Muskelthätigkeit gehen CO_2-Ausscheidung und O-Aufnahme nicht völlig parallel; in den ersten 5 Minuten nach der Muskelthätigkeit ist der resp. Quotient nicht bloß erheblich höher als normal, sondern auch höher als während starker Thätigkeit; er fällt dann immer mehr, wird nach 18—20 Minuten normal und geht dann merklich unter die Norm herunter.

Nach S. geht Hand in Hand mit der gesteigerten Co_2-Bildung in Folge Muskelthätigkeit eine intensive Steigerung der O-Aufnahme. In der Regel überwiegt aber CO_2-Ausscheidung über die O-Aufnahme, so dass sich geradezu eine O-Verarmung des Organismus als die Folge dieses Verhältnisses einstellen kann. S. glaubt, dass bei der Muskelthätigkeit zwei Processe neben einander hergehen, einmal eine Abspaltung von CO_2 ohne Mitwirkung des O, und dann eine Bildung

und Ausscheidung von CO_2 unter Betheiligung des eingeathmeten O, daher das Überwiegen der CO_2-Ausathmung der O-Aufnahme gegenüber. Auch im ruhenden Muskel soll eine CO_2-Abspaltung ohne unmittelbare O-Aufnahme stattfinden können. Von diesem Standpunkte aus erörtert S. eine Reihe durch Pflüger und seine Schüler in anderer Weise aufgefasster Erscheinungen der thierischen Wärmeökonomie und kommt zu dem Schlusse, dass ohne Bewegungseffekte auch keine (erhebliche) Wärme gebildet wird.

Das Gesammtresultat seiner Untersuchungen fasst Verf. folgendermaßen zusammen: »Jede Änderung der Thätigkeit der centrifugalen Nerven ruft sofort durch Vermittelung der kontraktilen Gewebe eine Änderung in der CO_2-Bildung und O-Aufnahme hervor, die selbst bei der geringfügigsten Änderung der Thätigkeit dieser Nerven noch erkennbar ist. Es ist aber auch bloß die Thätigkeit dieser Nerven im Stande dazu, eine solche Änderung der chemischen Vorgänge im Körper hervorzurufen. Weder die Thätigkeit der centripetalen Fasern, noch die des centralen Nervenapparates sind hierzu vermögend, wenn sie nicht ihre Thätigkeit auf motorische Fasern übertragen. Mit der Lähmung der Bewegungsnerven und mit dem Wegfall der Funktion der kontraktilen Gewebe hören die chemischen Vorgänge im Körper auf, auf denen die Entwicklung von Kraft und Wärme beruht, und mit der Entwicklung von Wärme stets unzertrennlich verbunden sind Kraftäußerungen der kontraktilen Gewebe, sie bedingen erst die Wärmebildung oder gehen ihr voraus. Eine Veränderung der Wärmebildung durch direkten Einfluss der Nerven auf die chemischen Vorgänge im Körper giebt es nicht.«

Löwit (Innsbruck).

---

5. **W. Nissen.** Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Alkalien auf Sekretion und Zusammensetzung der Galle.

Dissertation, Dorpat, 1889.

Verf. hat in seiner sehr fleißigen und sorgfältigen Arbeit Untersuchungen an einem ca. 23 Kilo schweren Hunde mit permanenter Gallenblasenfistel angestellt. Der Gang der Untersuchung war der, dass zunächst am gefütterten Thier die Mittelwerthe für die Galle (in Kubikcentimeter), für den Farbstoff (in Milligramm und $^0/_{000}$), für die Gallensäuren und die Fette aus zwölfstündigen Untersuchungsperioden eruirt wurden. Mit diesen Mittelwerthen verglichen wurden dann diejenigen Zahlenwerthe, welche sich ergaben, wenn zwei Stunden nach der Fütterung dem Thiere warmes und kaltes Wasser, verschiedene Alkalien (Natr. bicarb., Natr. chlorat., Natr. sulfur., Sal. Carolinense Pharmacopoeae; Natr. phosphor., Kali acetic., Natr. salicyl., Magnes. sulfur.) und endlich taurocholsaures Alkali, Hundegalle, Ochsengalle und glykocholsaures Natron einverleibt wurden.

Verf. kommt zu folgenden Resultaten: durch Wassereinführung

per os wird die Galle weder an Menge, noch an Farbstoff und Gallensäuren vermehrt.

Die Alkalien bedingen in schwächeren Lösungen (2,5 g Alkali : 500 g H_2O) keine Erhöhung, in koncentrirteren aber (15 und 25 g Alkali : 500 g H_2O) eine nicht unbeträchtliche Verminderung der Gallensekretion. — Eine Ausnahme macht Natr. sulfur. in so fern als hier eine Verminderung bei kleinen und mittleren Gaben (7,5 und 15 : 500) auftritt, die bei großen Dosen (25,0 g : 500) ausbleibt. Dem Natr. sulf. gleicht in der Wirkung das Magnes. sulfur. — Der Gallenfarbstoff weist unter der Wirkung der Alkalien Schwankungen auf, doch steigt im Allgemeinen mit der Abnahme der Gallenmenge der relative Procentgehalt an Farbstoff, so dass die Galle unter dem Einfluss der Alkalien wasserärmer und koncentrirter wird. Die Gallensäuren wurden durch die Alkalien nicht beeinflusst. Auch Natron salicyl. schließt sich der Wirkung der übrigen Alkalien an; in großer Dosis (7,5 : 500 g H_2O) erzeugte es Blutzersetzung und Hämoglobinurie.

Diese Wirkung der Alkalien beruht auf ihrer chemischen Beziehung zum Wasser, welches sie, wie den anderen Geweben, so auch der Leber entziehen.

Nach Einfuhr von Galle und gallensauren Salzen kommt es zu einer vermehrten H_2O- und Gallensäureausscheidung durch die Leber, während der Gallenfarbstoff sich indifferent verhält. Diese Vermehrung wird veranlasst durch die Einwirkung der Gallensäuren, welche vom Darm resorbirt und durch die Leber wieder ausgeschieden werden, auch die Leberzellen zur vermehrten Wasserausscheidung anreizen.

Zum Schluss sucht Verf. den Befund seiner Untersuchungen in Einklang zu bringen mit den günstigen Resultaten, welche man von der Wirkung der Alkalien bei katarrhalischem Ikterus etc. beobachtet hat. Der Ikterus entsteht dadurch, dass in Folge von Schleimhautschwellung in den Gallenwegen oder dem Duodenum ein Passagehindernis für den Gallenabfluss vorhanden ist, als dessen Folge sich Gallenstauung und Drucksteigerung in den Gallengängen ergiebt; diese Drucksteigerung führt zu einer Resorption von Galle mit den Erscheinungen der Gelbsucht. Indem nun die Alkalien die Wasserausscheidung aus der Leber vermindern, beugen sie einer übermäßigen Drucksteigerung vor und wirken in diesem Sinne der Resorption der Galle entgegen, wirken nebenbei aber durch Lösung des Schleimes noch günstig auf den Katarrh ein.

(Ref. hat hierzu folgende Bemerkungen zu machen: Dass Verf. vom Wasser keine Wirkung sah, liegt wohl daran, dass er am verdauenden Thiere experimentirte, und dass der Reiz, den die verabreichten 300 ccm Milch, 100 g Weißbrot und 400 g Fleisch auf die Lebersekretion ausübten, größer war, als der des 2 Stunden später eingeführten Wassers. Lässt man dagegen einen fastenden Fistelhund saufen, so sieht man sofort, dass die Galle an Menge zunimmt

und ihre Farbe heller wird. Demnach möchte Ref. im Gegensatz zum Verf. doch den cholagogen Effekt des Wassers betonen. Hinsichtlich der Wirkung des Natr. salicyl. haben alle bisherigen Beobachter mit seltener Einstimmigkeit dessen cholagoge Energie anerkannt. Wenn nun Verf. zu einem entgegengesetzten Resultat kommt, so liegt das offenbar auch an der Anordnung seiner Versuche. — In seinem ersten diesbezüglichen Versuche blieb nach 2,5 g eine augenfällige Wirkung aus, vermuthlich weil die vorher verabreichte reichliche Mahlzeit schon einen maximalen Reiz auf die Lebersekretion ausgeübt hatte; und der zweite Versuch, bei dem 7,5 g zur Anwendung kamen ist nicht zu verwerthen, weil er das Thier schwer krank machte. Beim fastenden Thiere sieht man nach 1 und 2 g Natr. salicyl. deutlichen cholagogen Effekt. — In Bezug auf die übrigen angewendeten Alkalien muss Ref. die abnorm hohen Dosen bis zu 15 g ja 25 g bei einem Gewicht des Hundes von ca. 23 kg beanstanden. Im Übrigen kann er des Verf. Schlussfolgerungen im Allgemeinen nicht theilen, obwohl er selbst nach 2 und 5 g Karlsbader Salz keine cholagoge Wirkung oder sogar eine Verminderung der Gallensekretion mit Vermehrung der Konsistenz beobachtet hat. Vielmehr haben ihn die negativen Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen im Verein mit den positiven Resultaten anderer Beobachter zu der Überzeugung gebracht, dass der cholagoge Effekt der alkalischen Mittel sehr wesentlich von individuellen Verhältnissen abhängig ist. Demgemäß kann er auch des Verf. Ansicht, dass die Alkalien durch die Verringerung der Lebersekretion wirken, nicht billigen, glaubt vielmehr, dass wo diese Verringerung vorhanden ist, am Krankenbett eine Wirkung der Alkalien auch nicht beobachtet wird, und wo ein Erfolg zu verzeichnen ist, dieser auf einen cholagogen Effekt zurückgeführt werden muss, durch welchen die Hindernisse für den Abfluss der Galle [Schleim, Steine] beseitigt werden.) **S. Rosenberg** (Berlin).

---

6. **R. Gottlieb.** Beiträge zur Kenntnis der Eisenausscheidung durch den Harn. (Aus dem Laboratorium für angewandte med. Chemie in Wien.)

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. H. 3 u. 4. p. 139.)

Die vorliegenden Versuche wurden zur Kontrolle der Angaben Hamburger's ausgeführt.

Die Eisenbestimmung im Harn geschah nach einer neuen Methode: Die Asche wird in Salzsäure gelöst, mit einigen Tropfen einer 1%igen Chlorzinklösung versetzt und unter möglichster Vermeidung eines Überschusses mit Ferrocyankalium ausgefällt. Das zu viel hinzugefügte Ferrocyankalium wird durch nochmaliges Zusetzen einiger Tropfen Chlorzink niedergeschlagen. Der Niederschlag wird filtrirt, mit saurem Wasser gewaschen und mit 2%iger heißer Kalilauge zerlegt. Das so erhaltene, durch Auswaschen vollkommen von Ferrocyankalium befreite Eisen- und Zinkhydrat wird in Salzsäure gelöst

und durch Fällen mit Ammoniak das Eisen vom Zink getrennt. Durch mehrmaliges Lösen und Wiederfällen lässt sich das Eisen vollkommen zinkfrei erhalten. Es wird getrocknet und gewogen.

Die Eisenausscheidung im Harn des normalen Menschen betrug im Mittel aus je 3 Beobachtungen von 5 Versuchspersonen 2,59 mg für den Tag.

Eiseneingabe, als Ferrum citricum, Ferr. carb. sacch., Pillulae Blaudii bewirkte vorübergehend eine Abnahme des Eisens im Harn, welche sich bisher nicht erklären lässt. Dann stieg die Eisenmenge wieder bis zur Norm, aber nie höher. **F. Röhmann** (Breslau).

---

7. **G. Favilli.** Gli albumoidi del sangue nell' anemia.

(Arch. per le scienze med. 1890. No. 21.)

Auf Grund einer an Hunden durchgeführten Untersuchung kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Nach einem oder mehreren Aderlässen tritt eine Zunahme der Gesammtmenge der Eiweißkörper im Blutplasma ein; doch kann nach sehr häufig wiederholten Aderlässen auch eine Abnahme konstatirt werden. Entsprechend dem Grade der (experimentellen) Anämie tritt eine Zunahme der Globuline und eine Abnahme des Serumeiweiß ein, in Folge dessen der Eiweißquotient (Hoffmann) sinkt. Diese Veränderungen gehen nach Verf. ohne Vermittlung des Lymphgefäßsystems vor sich (? Ref.), da sie auch nach Unterbindung des Ductus thorac. bestehen bleiben. Auch die Milzexstirpation ändert das Versuchsergebnis nicht. Die Abnahme des Serumeiweißes wird als die Folge der Blutverdünnung nach Aderlässen, die Zunahme der Globuline als der Ausdruck eines gesteigerten Zerfalles von Organeiweiß angesehen. Die Zunahme der Globuline im Blute während totaler Inanition wurde früher bereits von Tiegel und Burkhardt in analoger Weise aufgefasst.

Löwit (Innsbruck).

---

8. **Nocht.** Über die Verwendung von Karbolseifenlösungen zu Desinfektionszwecken.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. III.)

Für Woll- und Lederstoffe etc., bei denen die Verwendung der Laplace'schen Mischung von Schwefelsäure und roher Karbolsäure nicht angängig ist, die reine verflüssigte Karbolsäure aber zu theuer erscheint, empfiehlt N. eine Auflösung der sog. 100%igen Karbolsäure in heißer Seifenlösung. Hierbei bildet sich eine klare Lösung von hellgelber bis braunrother Farbe, in welcher keine Spur von Öltropfen mehr zu bemerken ist, die sich aus Stoffen jeder Art vollkommen wieder auswaschen lässt, wobei dieselben fleckenlos bleiben. Für die Praxis empfiehlt es sich, eine 3%ige heiße Seifenlösung herzustellen, in welche bis zu 5% der »100%igen« Karbolsäure hereingegossen wird, und in dieser Mischung die Gegenstände etwa 1 Stunde

bei 40—50° zu halten. Eine solche Lösung tödtet Milzbrandsporen in 6 Stunden, sporenfreie Bakterien in kürzester Zeit.

Strassmann (Berlin).

---

9. **E. Pfuhl.** Über die Desinfektion der Latrinen mit Kalk.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. p. 363.)

Nachdem P. im Anschluss an die Untersuchungen von Liborius festgestellt hatte, dass die Typhus- und Choleraausleerungen durch verhältnismäßig geringe Mengen Kalkmilch desinficirt werden können, hat er nun untersucht, in welcher Weise sich die im Laboratorium gewonnenen Ergebnisse für die Praxis, namentlich für die Desinfektion von Fäkalien in Tonnen und Gruben, so wie von Stechbecken verwerthen lassen. Das Resultat dieser Untersuchungen fasst er folgendermaßen zusammen: Es genügt zur Desinfektion eine Kalkmilch, bei der auf 1 Liter Kalkhydratpulver 4 Liter Wasser, oder was ziemlich gleichbedeutend, auf 1 Gewichtsstück Kalkhydrat 8 Theile Wasser kommen. (Das Kalkhydratpulver wird durch Zusatz von 60 Gewichtstheilen Wasser zu 100 gebranntem Kalk hergestellt.) Die Wirksamkeit der Desinfektion wird durch Prüfung der Reaktion des Latrineninhalts festgestellt; derselbe muss rothes Lackmuspapier stark bläuen. Am sichersten desinficirt man täglich und setzt solche Kalkmenge zu, dass bei Senkgruben 1 Liter, bei Tonnen 1,5 Liter 100 Litern des täglichen Zuwachses des Latrineninhalts entspricht; den täglichen Zuwachs kann man auf etwa 400 ccm pro 1 Mann rechnen. Dem Inhalt von Stechbecken setzt man am besten so lange Kalkmilch zu, bis starke Bläuung eintritt, vermischt Beides durch Hin- und Herneigen des Stechbeckens und lässt es eine Viertelstunde stehen.

Strassmann (Berlin).

---

10. **Pieniazek** (Krakau). Über die Spekulirung durch die Trachealfistel nach ausgeführter Tracheotomie.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 44—46.)

Die Methode der Spiegeluntersuchung der Trachea beruht darauf, dass man einen auf 6—7 cm verkürzten Zaufal'schen Nasentrichter in die Luftröhre einführt, diese Röhre dann in die Richtung der Trachea bringt, mit dem Reflektor das Licht hineinwirft und auf diese Weise das beleuchtete Trachealrohr besichtigt. Diese Art der Tracheoskopie lässt sich am leichtesten in liegender Stellung des Pat. ausführen; weniger umständlich und auch bei Kindern leicht durchführbar, ist die Untersuchung in sitzender Position; bei beiden Arten der Untersuchung muss der Kopf des Pat. stark nach rückwärts gebeugt sein. Das zur Untersuchung nothwendige Licht braucht nicht besonders stark zu sein, eine mittelstarke Petroleumlampe reicht vollkommen aus; wichtiger ist die Stellung der Lampe, damit man das Licht ihrer Flamme vollkommen ausnutzen kann; die untere Grenze des Brustkorbes des Pat. in liegender Position entspricht ungefähr der rich-

tigen Entfernung der Lampe; auch soll sich die Lampe nicht viel höher als die zu untersuchende Trachea befinden, da man sonst ebenfalls zu schiefe Strahlen auf den Reflektor bekommt. Wird der Kranke in sitzender Stellung untersucht, so lässt man die Lampe an seine rechte Seite und etwas hinter seinen Körper so stellen, dass die Flamme tiefer als der Hals des Pat. sich befindet. Der Reflektor soll durchbohrt sein und vor das Auge gehalten werden, da bei der Enge und Länge des Trachealrohres das untersuchende Auge sich im Centrum des Lichtkegels befinden soll. Die Schwierigkeit der Einführung und vor Allem die durch Berührung der Tracheawunde ausgelösten Hustenstöße beseitigen vollkommen Cocainpinselungen (1,0 auf 4,0 Spir. vin. rect.). Unter Umständen ist es auch zweckmäßig, zur Tracheoskopie Ohrtrichter von verschiedener Länge und Stärke zu benutzen. Zu operativen Zwecken verwendet P. mit Vorliebe zweiblätterige Specula, bei Operationen in der Tiefe das von Grünfeld angegebene Urethralspeculum. Es gelingt auf solche Weise sehr leicht die Trachea genau zu sehen, hell beleuchtet bis zur Bifurkation, weit in den rechten Bronchus hinein, so dass man sogar noch bisweilen Theilungen in kleinere Bronchien sehen kann, was links nicht möglich ist. P. beschreibt dann, wie er auf solche Weise mit Leichtigkeit die Granulationsgewebe nach Tracheotomien entfernen kann, eben so Krupmembranen aus der Trachea und den Bronchien mit dem von ihm angegebenen Bronchiallöffel; in einem Falle zog er aus dem rechten Bronchus vermittels eines Haken das äußere gefensterte Rohr einer Trachealkanüle aus Hartgummi; mit Hilfe der Tracheoskopie brachte er den Haken in das Fenster der Kanüle und zog sie heraus. **Prior** (Köln).

---

11. **R. Schmaltz** (Dresden). Sphygmographische Studien über den Alterspuls, nebst Bemerkungen über einige Altersveränderungen am Blute, dem Herzen und dem Thorax.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 54.)

Unter Anwendung des Dudgeon'schen sphygmographischen Apparates sind die Pulskurven von 37 älteren und alten Personen abgebildet und erklärt; die jüngsten Personen hatten das 50. Lebensjahr überschritten, die älteste Person war 82 Jahre alt. Von jedem Pat. wurden unter verschiedener Belastung die Pulskurven genommen. Völlig normale Pulse wies keine Person, welche über 60 Jahre alt war, auf; vielmehr wich die Pulskurve von der Kurve der jugendlichen Individuen dadurch ab, dass die erste sekundäre Erhebung sehr groß und hochgelagert war. Bei vielen der Kurven ist ersichtlich, dass unter dem Einfluss der bald mehr, bald weniger gesteigerten Belastung der Fühlfeder des Apparates diese erste sekundäre Erhebung eine Abplattung oder Abrundung erfährt, während der Gipfel entweder völlig unverändert blieb, oder verkleinert wurde, oder an der Abplattung Theil nahm und als selbständige Erhebung vollkommen

verschwand; aber auch in diesen letzten Fällen bestand der Gipfel zunächst aus zwei Erhebungen, welche nur bei vermehrtem Federdruck verstümmelt wurden. Der Grund dieser Erscheinung liegt darin, dass einmal die obersten Theile der Kurve einer geringeren Kraft ihre Entstehung verdanken, als bei jugendlichen Pulsen, und dass ferner die hohe Lage und die Größe der ersten sekundären Elevation die Bildung abgeplatteter Gipfel befördert, während sie bei jugendlichen Pulsen, vermöge ihrer tieferen Lage und Kleinheit, auch bei vermehrtem Federdruck im Allgemeinen nicht von der Abplattung erreicht wird und nur eine geringe Verstümmelung des Gipfels eintritt. Dadurch erklärt sich leicht, wie bei der einfachen Palpation des Pulses das Gefühl der Tardität entstehen kann: was dort die Feder des Sphygmographen that, das thut hier der tastende Finger, er plattet die einzelnen Spitzen der Pulswelle ab. Bei sehr leiser Palpation gelingt es noch häufig genug, die einzelnen Spitzen wahrzunehmen; deutlich veranschaulicht dieses der Zeiger des Baschschen Sphygmomanometer, welcher öfters ein zweimaliges, durch ein ganz kurzes Zeitintervall getrenntes Zucken in den Versuchen von S. zeigte. Während S. der Ansicht beizupflichten scheint, dass die zweite sekundäre Elevation als Rückstoßelevation zu gelten hat, genügt ihm keine der versuchten Erklärungen für die erste sekundäre Elevation; er fasst sie als den Ausdruck einer reflektirten Welle auf im Sinne von Grashey, welcher einen derartigen Vorgang für die Erklärung der stark dikroten Pulsform aufstellt. Diese Reflexwelle äußert sich nach S. als erste sekundäre Elevation, so dass zur Erklärung der Alterspulse nur nothwendig ist, anzunehmen, dass die Reflexwelle größer ist, als bei jugendlichen Personen. Diese reflektirte Welle muss bei älteren Leuten größer sein durch die verminderte Fähigkeit der Arterienzweige das durch den Puls herbeigeführte Plus an Inhaltsmasse rasch aufzunehmen und durchzulassen.

Anhangsweise werden einzelne Verhältnisse besprochen, welche für die Erkenntnis des Gesammtzustandes eines alternden Organismus von Bedeutung sind. Was zunächst den Zustand des Blutes anlangt, so soll neben anderen Bestandtheilen im Greisenblute die Menge der rothen Blutkörperchen abnehmen; eigene Bestimmungen der rothen Blutkörperchenzahl weisen darauf hin, dass eine erhebliche Verminderung wenigstens keine konstante Alterserscheinung ist; es scheint ihm überhaupt fraglich, ob diese Blutkörperchenzählungen für die Charakteristik des Blutes alter Leute einen Werth haben können, da gerade bei ihnen eine relative Vermehrung der Blutkörperchen vorkommen kann, wie dieses Lichtheim bei Herzkranken mit Stauungserscheinungen gezeigt hat. Weiterhin wird ausgeführt, dass ein mäßiger Grad von Dilatation und Hypertrophie des Herzens bei alten Leuten als normal bezeichnet werden darf; der Nachweis am Lebenden stößt auf Hindernisse, welche neben anderen Vorgängen wesentlich in der Formveränderung des alternden Thorax liegen; an 11 Personen hat S. genaue Thoraxmessungen vorgenommen und

dabei eine sehr auffallende Veränderung des Verhältnisses des Sagittal- und Frontaldurchmessers gefunden, welcher etwa 2 : 3 beim normalen Individuum beträgt, in S.'s Versuch 17,5 : 26,5, während der alte Thorax 19 : 21,5, 18,5 : 22,5, 18 : 22 etc. zeigt. Diese Veränderungen sind auch für die physikalische Diagnostik der Größe des Herzens von Einfluss. **Prior** (Köln).

---

12. **O. Kahler.** Über die initialen Symptome der Tabes.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 5—8. — Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 6—11.)

Von den bekannten Symptomen des initialen Stadium der Tabes, den lancinirenden Schmerzen, dem Fehlen der Lichtreaktion der Pupillen und dem Westphal'schen Symptom absehend, stellt K. in prägnanter Weise jene Frühsymptome der Tabes zusammen, welche ungewöhnlich und seltener vorkommen; wenn auch das einzelne dieser Symptome nicht die Tabes sicher erkennen lässt, sondern nur den Verdacht erregt, so giebt das Auftreten mehrerer solcher Zeichen frühzeitig der Diagnose eine kräftige Stütze. Die Mittheilungen beruhen durchweg auf eigenen Erfahrungen. Von der Thatsache ausgehend, dass es durchaus irrig ist, die Hinterstrangerkrankung als alleinigen anatomischen Ausdruck der Tabes im Centralnervensystem anzunehmen, weist K. darauf hin, dass analoge Veränderungen bei längerem Verlauf auch in gewissen Theilen der Seitenstränge, in der grauen Substanz der Vorderhörner auftreten, eben so wie auch Veränderungen im Bereich des Bodens des 4. Ventrikels, des Aquaeductus Sylvii, in den aufsteigenden Vaguswurzeln, dem Nervus optic., der Großhirnrinde etc. beobachtet wurden. Veränderungen an peripheren Nerven finden wir seltener, nicht weil diese Nervengebiete nicht auch von der tabischen Noxe getroffen werden, sondern weil, wie K.'s Thierexperimente selbst lehren, die auf jede Verletzung und Degeneration folgende Fähigkeit der Regeneration in den peripheren Nerven lebhaft ausgedrückt ist, während der Nervenfaser im Centralnervensystem eine eminente Regenerationsunfähigkeit eigen ist. Gerade dieses Bestreben der Regeneration in den peripheren Nerven erklärt den schwankenden anatomischen Befund und das Vorübergehen mancher tabischer Symptome. Von Seiten des Gehirns giebt er als Symptome initialer Tabes eine Anzahl Erscheinungen an, welche selten sind und die Diagnose einer beginnenden Tabes durch ihre Intensität verdunkeln können: hierzu gehören Ohnmachts-, Schwindelanfälle, apoplektiforme Insulte mit oder ohne Auftreten von Herdsymptomen und endlich epileptiforme Anfälle. Diese Anfälle können einen gutartigen, ephemeren Charakter haben, aber sie können auch als schwere Insulte auftreten und wiederkehren. Häufig auffallend kommen heftige Migräneanfälle, die jeder Behandlung trotzen, im Vorstadium der Tabes vor. Von Seiten der höheren Sinnesorgane äußert sich am unheilvollsten die tabische progressive Sehnervenatrophie, die sich geradezu mit Vorliebe in den frühesten Stadien der Tabes einstellt; es kann allerdings Jahrzehnte dauern, ehe son-

stige tabetische Symptome auftreten; aber durch die tabische Sehnervenatrophie, welche niemals beide Augen gleichzeitig befällt und auch späterhin niemals gleichmäßig stark auf beiden Augen ist, ist die Diagnose noch vor dem Auftreten des Westphal'schen Symptomes sicher. Von anderen Abweichungen finden sich am Auge nicht selten progressive Sehschwäche ohne Einschränkung des Gesichtsfeldes, auch deutliche koncentrische Sehfeldeinschränkung bei gut erhaltenem Farbensinn und fast intakter Sehschärfe; fast niemals aber findet sich das centrale Skotom, im Gegensatz zur multiplen Sklerosis und retrobulbären Neuritis. Der Olfactorius ist selten bei der Tabes betheiligt, häufiger aber der Acusticus in Form von subjektiven Geräuschen und in böser Weise als progressive Schwerhörigkeit mit Ausgang in absolute Taubheit, oft auch findet sich der Menière'sche Symptomenkomplex; in allen solchen Fällen wird man nicht selten schon andere Tabessyptome finden. Von Seiten der Augenbewegung tritt am frühesten hervor die Abducenslähmung und nach ihr die isolirte Ptosis, während im Allgemeinen Augenmuskellähmungen am häufigsten den Oculomotorius betreffen. Diese tabischen Affektionen können allgemein rasch vorübergehen. Bestimmt der Tabes verdächtig, auch ohne jede andere Abweichung ist das Fehlen der Lichtreaktion von Seiten der Pupille (Robertson). Auch die anderen Gehirnnerven können in dem initialen Stadium der Tabes in verschiedenen Symptomen auftreten, keiner von ihnen ist durch Immunität geschützt. Z. B. finden sich im Bereich des Trigeminus Schmerzen, partielle Anästhesien mit bestimmter Lokalisation an der Nase oder Zunge etc., auch Parästhesien sind vorhanden; das frühzeitige Ausfallen der Zähne legt den Verdacht auf Tabes nahe, an einem Zusammenhang beider ist nicht zu zweifeln. Die Facialisbetheiligung äußert sich in rasch vorübergehender einseitiger Lähmung, Vagus und Glossopharyngeus treten durch heftige Schlingbeschwerden, durch Erstickungsanfälle, gesteigerte Pulsfrequenz, Herzanfälle wie Angina pectoris und andauernde aber krampfartige Hustenanfälle hervor. Auch die spinalen Nerven können frühzeitig auf die Tabes hindeuten, seltener zwar als Herpes zoster erkennbar, wichtiger ist das Malum pedis perforans. Unter den Frühsymptomen finden wir weiterhin die benigne und maligne tabische Arthropathie, die völlige Schmerzlosigkeit des ganzen Processes sowohl bei aktiven wie passiven Bewegungen und Palpationen sind ungemein charakteristisch. Mitunter werden spontane Knochenfrakturen und Rupturen einzelner Sehnen als erstes Symptom der Tabes beobachtet. Eine weitere Reihe von Frühsymptomen der Tabes bilden die visceralen Algien, die nicht selten das ganze Krankheitsbild durch ihre Heftigkeit beherrschen; heftiges Erbrechen ist oft genug das erste auffallende Symptom gewesen, es können aber an Stelle dieser Art von gastrischen Krisen auch enterische Symptome treten in der Form von unmotivirten häufigen und kopiösen Durchfällen, manchmal auch mit kolikartigen Schmerzen verbunden. Ve-

sikale Symptome kommen auch vor, bald motorischer, bald sensibler Natur. Die genitale Sphäre giebt nach K. im Gegensatz zu der viel verbreiteten Ansicht nur weniger wichtige Symptome; nur zwei Symptome lassen sich verwerthen, nämlich die plötzlich sich entwickelnde Impotentia coeundi und eine vorübergehende gesteigerte Libido sexualis; die letztere Steigerung äußert sich auch beim weiblichen Geschlecht als sog. erotische Clitoriskrisis. Rectale Frühsymptome äußern sich als Tenesmus, Parästhesien im Mastdarm, heftige Schmerzen im Anschluss an den Stuhlgang. Die Störungen der Motilität treten, abgesehen von Ataxie, hervor als Muskelatrophien und gewisse Lähmungszustände. Die Lähmungszustände können plötzlich auftreten und spurlus wieder vorübergehen; es kommen auch consecutive Muskelatrophien zur Beobachtung, wenn die Neuritis, welche die Ursache für diese wechselnden Lähmungszustände sein dürfte, zur Degeneration ohne Regeneration führt. **Prior** (Köln).

---

13. **Charcot.** De la maladie de Morvan.

(Progrès méd. 1890. No. 11 u. 12.)

Die Morvan'sche Krankheit, im Jahre 1883 von Morvan aus der Bretagne unter dem Namen der »analgetischen Lähmung mit Panaritien der oberen Extremitäten« zum ersten Male beschrieben, führt zu einer mehr oder weniger kompleten Destruktion der Finger, eben so wie die Sclerodermia dactylica, die Lepra und die Raynaudsche Krankheit, wenn auch auf anderem Wege als diese. C. giebt zunächst eine kurze Übersicht dieser zuletzt genannten Affektionen, um dann zu seinem eigentlichen Thema überzugehen.

Morvan entdeckte das »analgetische Panaritium« dadurch, dass sich ihm ein Bauer als Träger eines Panaritium vorstellte; als er incidirte, zeigte dieser Kranke kein Schmerzgefühl. 5 weitere Fälle boten alle eine gleiches Bild: sie klagten zuerst ein wenig über Parese der oberen Extremitäten mit einer mehr oder weniger vollständigen Anästhesie. Später trat ein Panaritium hinzu, dem bald ein zweites folgte. Einige Jahre später befiel die zunächst auf eine Hand beschränkte Affektion die entgegengesetzte Seite. Die Panaritien haben große Tendenz zur Zerstörung und führen zu charakteristischen Verkrümmungen. Im Allgemeinen sind sie nicht schmerzhaft; die zuerst auftretenden können es bisweilen sein. Bisweilen beobachtet man noch weitere tiefe Substanzverluste wie beim Mal perforant du pied. Nichts von alle Dem ist schmerzhaft; die Hände sind meist kalt und cyanotisch. In der Hälfte der Fälle ungefähr beobachtet man Kyphose oder Skoliose.

Die Prognose der Affektion ist immer eine schwere, da sie zu unverbesserlichen Veränderungen führt, die es früher oder später den Kranken unmöglich machen, sich ihrer oberen Extremitäten zu bedienen.

Von der Syringomyelie unterscheidet sich die Krankheit klinisch

dadurch, dass man bei ihr keine Verschiedenheit der verschiedenen Formen der Sensibilität konstatiren kann; alle Formen derselben sind befallen, selbst der Tastsinn. Auch die anatomischen Befunde bei beiden Krankheiten stimmen nicht überein: in einem zur Sektion gekommenen Falle Morvan'scher Krankheit wurde neben peripheren Neuritiden im Cervikalmark ein Herd von diffuser Sklerose des Markes konstatirt, der sich auf die centralen Partien des Markes und die Hinterstränge erstreckte. Bei der Syringomyelie sind die centralen Partien allein und in der ganzen Ausdehnung des Markes befallen.

Schließlich schildert C. einen Kranken aus seiner eigenen Beobachtung, bei dem sich zur Morvan'schen Krankheit eine hysterische Hemianästhesie hinzugesellt hatte. **M. Cohn** (Berlin).

---

14. **Max Nonne.** Über Hypnotismus.

(Sammlung klinischer Vorträge No. 346.)

Die Arbeit von N. ist nach einem Vortrage, den er im ärztlichen Verein zu Hamburg über den Hypnotismus gehalten hat, ausgearbeitet. An den Vortrag schloss sich damals eine eingehende Diskussion, in der verschiedene Ärzte für eine genaue Untersuchung des therapeutischen Werthes des Hypnotismus eintraten. In der genannten Arbeit giebt N. ein kurzes Résumé über den Hypnotismus, die verschiedenen Theorien, die Disposition zur Hypnose, die Hypnotisirungsmittel etc. Bei der Beurtheilung des therapeutischen Werthes zeigt der Autor einen sehr objektiven Standpunkt. Nach seiner Ansicht wird, wenn auch vielleicht von einzelnen französischen Autoren übertriebene Hoffnungen daran geknüpft sind, die Suggestionstherapie für einzelne Krankheitsformen ein werthvolles therapeutisches Mittel bleiben. Der Autor wendet sich sehr entschieden gegen die von B. Fränkel, Ewald und Mendel gemachten Einwände, oder vielmehr er meint, dass es sich besonders bei Fränkel und Ewald um wirkliche Einwände gar nicht handele. Nach N.'s Ansicht sind es vorwiegend die funktionellen Lähmungen, Krämpfe, Hyperästhesien, Neuralgien und Anästhesien, welche die Indikation für die methodische Suggestion abgeben. Der Einwand, dass viele Kranke Recidive bekommen, wird von N. sehr richtig damit zurückgewiesen, dass diese bei vielen Medikamenten, Operationen etc. auch vorkommen, dass außerdem aber viele hypnotisch Behandelte nicht recidiviren. Unter den Fällen, welche N. veröffentlicht, sei einer erwähnt, bei welchem es sich um eine abgelaufene Neuritis mit Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit und hochgradiger Atrophie des linken Deltamuskels handelte; außerdem waren Lähmungen in den Fingern, Hand und Vorderarm vorhanden, die Haut war cyanotisch und kalt. Die Suggestivbehandlung bewirkte, dass Pat. sehr bald — mit Ausnahme des organisch veränderten Deltoideus — normale Beweglichkeit wieder erlangte. Mit Recht macht N. bei Erörterung der Indikationen zur hypnotischen

Therapie auf den verschwommenen Begriff der Hysterie aufmerksam, die nach Charcot z. B. viele jener Krankheiten umfasse, die wir in Deutschland nicht zur Hysterie, wohl aber zu den funktionellen Neurosen rechnen. N.'s Arbeit sei Jedem, der sich über den Hypnotismus unterrichten will, empfohlen. **Albert Moll** (Berlin).

15. **Friedheim.** Zur Injektionsbehandlung der akuten Gonorrhoe.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 4.)

Verf. suchte sich ein Urtheil über den Werth der verschiedenen Injektionsmittel dadurch zu verschaffen, dass er dieselben nach ihrer gonokokkentödtenden, die Entzündung beeinflussenden und desquamativen Wirkung beurtheilte. Es würde zu weit führen, wollte ich die einzelnen Medikamente, welche in einer außerordentlich sorgfältigen Weise auf diese Wirkungen untersucht wurden, hier besprechen. Es genügt, darauf hinzuweisen, dass von allen Mitteln, welche in der Breslauer Klinik angewandt wurden, sich das Argentum nitricum am besten bewährt hat. Die Behandlung jeder akuten Gonorrhoe wird sofort mit Injektionen von Argent. nitr. in einer Koncentration von 1 : 4000 bis höchstens 1 : 2000 begonnen. In den ersten Tagen wird der Ausfluss meist reichlicher, dicker und eitriger, sehr bald jedoch, gewöhnlich schon nach 4 Tagen, vermindert sich das Sekret, wird dünner, weißlicher, epithelialer. Die Gonokokken nehmen in auffallender Weise ab und können schon nach wenigen Tagen im Sekret verschwinden. Die 4—6mal pro die gemachten Injektionen können an Zahl vermindert werden, erst auf 2, sodann auf 1 pro Tag. Für die ausfallenden Argentuminjektionen werden nun antiphlogistisch, adstringirend und desquamativ wirkende Mittel herangezogen: Borsäure, Zinkpräparate, schwache Lösungen von essigsaurer Thonerde. So tritt fast vollständiges Aufhören der Sekretion ein. Nun ist aber beachtenswerth, dass trotzdem die Argentuminjektionen, wenn auch nur einmal pro Tag, noch viele Wochen hindurch fortgesetzt werden. Natürlich werden diese Injektionen nur für die Gonorrhoea ant. verwendet. Wo diese Behandlung nicht vertragen wird, kann man entweder mit schwächeren Lösungen Arg. nitr. 0,1 : 500 beginnen oder statt dessen zu anderen Medikamenten (Hydrarg. salicyl., Natr. chloroboros, Thallin) oder selbst zu inneren Mitteln greifen, von welchen allein Bals. Copaïvae zu empfehlen ist. **Joseph** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

16. **Pel.** Welches Stethoskop soll der Arzt gebrauchen?

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43.)

P. giebt dem binauralen Stethoskop den Vorzug vor allen anderen und erklärt es für das bei Weitem beste aller Hörrohre, einmal äußerer Vorzüge wegen, dann aber besonders, weil es eine verstärkte und scharfe Fortpflanzung der Schallbewegungen vermittelt. Als Beispiel führt er die leichte Wahrnehmbarkeit der

Spaltung des diastolischen Tones an der Herzspitze bei Stenose des Ostium venosum sinistrum, so wie des diastolischen Geräusches bei gewissen Fällen von Insufficienz der Aorta an, welches mit dem gewöhnlichen Stethoskop nicht hörbar ist. Die dem binauralen Stethoskop anhaftenden Nachtheile lernt man in kurzer Zeit zu eliminiren.

Der allgemeinen Einführung des Instrumentes dürfte trotz der beredten Empfehlung des Verf. der etwas hohe Preis — 28 ℳ — hinderlich sein.

Markwald (Gießen).

17. **Arthaud et Butte.** Note sur les effets de la ligature de l'artère hépatique.

(Compt. rend. des séances de la soc. de biol. 1889. No. 38.)

Verff. haben bei 5 Hunden die Art. hepatica unterbunden und gleichmäßig das folgende Resultat erhalten: Die Hunde erholten sich von dem operativen Eingriff sehr bald, werden in den nächsten Tagen ziemlich lebhaft und trinken Milch. Am Ende des 4. Tages werden sie träge, schwach und sterben plötzlich am 5. bis 6. Tage. Die wenige Stunden nach dem Tode vorgenommene Untersuchung der Leber ergab stets das vollständige Fehlen von Glykogen und Glykose. Verf. stehen nicht an die Ursache des Todes in dem Aufhören der Glykogenbildung in der Leber zu sehen.

Die entgegengesetzten Resultate anderer Forscher sind auf unrichtige Ausführung der Unterbindung zurückzuführen. **M. Cohn** (Berlin).

18. **R. Kerry.** Über die Zersetzung des Eiweißes durch die Bacillen des malignen Ödems.

(Sitzungsberichte der kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien. Mathemat.-naturwissensch. Klasse Bd. XCVIII. Abth. 3.)

Zersetzung von Bluteiweiß durch den Bacillus des malignen Ödems lieferte die bei Fäulnis auftretenden chemischen Stoffe. Es wurden Fettsäuren, Leucin und Hydroparacumarsäure, nicht jedoch Indol und Skatol gefunden, ferner ein dunkles Öl, das vielleicht mit Skatolessigsäure identisch war. Die Menge der Alkaloidreaktionen gebenden Extrakte reichte nicht zur genaueren Bestimmung aus. Von Gasen fand sich Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Ammoniak, Wasserstoff und zu letzterem in umgekehrtem Verhältnis Grubengas; die Produktion von Stickstoff blieb zweifelhaft. **H. Neumann** (Berlin).

19. **Brown-Séquard.** Influence du système nerveux pour retarder la putréfaction.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 3.)

Die Leichenstarre verschwindet bisweilen vor Eintritt der Fäulnis. Der Zwischenraum zwischen Letzterem und Aufhören der Leichenstarre kann mehrere Tage lang dauern. Verf. schildert einen bemerkenswerthen Versuch, welchen er nach dieser Hinsicht anstellte. Er zerschmetterte einem männlichen, ungefähr 3 Monate alten Meerschweinchen mit einem stumpfen Hammer den Kopf. Rumpf und Extremitäten des Thieres waren danach völlig unbeweglich (gewöhnlich folgen nach einer solchen Hirnreizung starke Krämpfe der hinteren Extremitäten). In den Venen fand sich Blut von der Farbe wie in den lebenden Arterien, Leber und Nieren hatten die rosenrothe Farbe wie bei normalen lebenden Thieren. Die Todtenstarre stellte sich langsam ein und war erst 6 Stunden nach dem Tode, an manchen Theilen jedoch auch dann noch nicht, vollständig. 9 Tage nach dem Tode des Thieres und 5 Tage nach dem Aufhören der Starre zeigte sich an der Leiche noch keine Fäulnis.

Das gesammte vor dem Pons gelegene Gehirn war zerschmettert, eben so fast das ganze Kleinhirn. Der Bulbus war intakt. Verf. sieht in dem Falle eine Stütze für die Ansicht, dass das Nervensystem die verschiedenen Gewebe derartig beeinflussen kann, dass dieselben erst sehr lange Zeit nach dem Tode und mehrere Tage nach dem Aufhören der Todtenstarre in Fäulnis übergehen.

G. Meyer (Berlin).

20. **Grunmach.** Über angeborene Dexiocardie, verbunden mit Pulmonalstenose und Septumdefekten des Herzens ohne Situs viscerum inversus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 2.)

Der vorliegende Fall verdient besondere Beachtung, einmal seiner Seltenheit wegen, dann aber, weil er jahrelang klinisch beobachtet und durch die Sektion in seinen Einzelheiten bestätigt wurde. Es handelte sich um einen 15jährigen Knaben, dessen Leiden sich zuerst im 2. Lebensjahre bemerkbar machte; aus dem Verhalten des Spitzenstoßes und der Lage der ganz nach rechts verschobenen Herzdämpfung, so wie aus dem Ergebnis der Auskultation ließ sich die Diagnose auf Dexiocardia congenita stellen. Ein intensives Geräusch über dem 2. Intercostalraum links vom Sternum sprach für Pulmonalstenose und die seit frühester Kindheit bestehende Cyanose, so wie die anderen daraus hervorgehenden Erscheinungen ließen dieselbe ebenfalls als angeborene erscheinen. Die graphischen Untersuchungen und übrigen Zeichen wiesen auf Defekte in den Septis der Vorhöfe und Ventrikel hin.

Pat. ging im Alter von 15 Jahren an Phthise zu Grunde. Die Sektion ergab kongenitale Dexiocardie ohne Transposition der Gefäße und ohne Situs viscerum inversus. Persistirendes Foramen ovale, Stenose des Ostium pulmonale, Foramen septi ventriculorum — Hypertrophie des rechten Herzens.

Die Zeit der Entstehung des Herzfehlers ist auf den zweiten Fötalmonat zu rechnen, wo das Septum noch nicht geschlossen war; durch abnorme Wachsthumsrichtung des Septums kam der Defekt im vorderen Septum zu Stande und eben so eine Verlagerung der Pulmonalis nach links und hinten von der Aorta, die sog. korrigirte Transposition der großen Gefäße. **Markwald** (Gießen).

21. **Niesel.** Über einen Fall von Dextrocardie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Ein 20jähriger Arbeiter, welcher bei schwerer Arbeit und schnellem Gehen öfters an Luftmangel gelitten haben will, ohne Herzklopfen, fand in der Klinik Mosler's Aufnahme wegen Schmerzen in der linken Seite, in Folge eines Sturzes mit dem Pferde. Bei der Untersuchung fand sich rechts unten vorn eine Pleuritis mit geringem Exsudat und eine Lagerung des Herzens nach rechts in der Form einer einfachen lateralen Verschiebung. Die übrigen Organe zeigten keine Lageveränderungen, und vor Allem zeigten auch die Lungen keine Transposition, indem der Pectoralfremitus rechts stärker war als links und an entsprechenden Stellen links das Inspiriren, rechts das Exspiriren lauter erschien. Es kommen zur Erklärung zwei Möglichkeiten in Frage: entweder handelte es sich um eine kongenitale Dextrocardie ohne Situs inversus der übrigen Organe, oder es handelte sich um durch chronische Processe der Lunge und der Pleura bedingte Verschiebung oder Verdrängung des Herzens. Für die kongenitale Dextrocardie sprach Manches, wie der anamnestische und physikalische Ausschluss einer früheren Erkrankung der Lunge oder der Pleura, die freie Beweglichkeit des Herzens; dagegen spricht das Fehlen der Verlagerung der großen Gefäße, eine, wenn auch nicht hochgradige, doch deutliche Thoraxdeformität, das Eingesunkensein der rechten vorderen unteren Thoraxpartien gerade da, wo wegen der Herzverlagerung eher eine Vortreibung zu erwarten gewesen wäre, geringerer Umfang der rechten Thoraxhälfte trotz Rechtshändigkeit des Pat. Die Erwägung der Gründe für und wider lassen keine bestimmte Diagnose zu, so dass wir uns mit der Thatsache der Dextrocardie begnügen müssen. **Prior** (Köln).

22. **Schrötter.** Beitrag zur Kenntnis der Achsendrehungen des Herzens.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 15.)

Ein 22jähriger Mensch hatte in seinem 10. Lebensjahre einen schweren Gelenkrheumatismus überstanden und leidet seit 6 Jahren an Kurzathmigkeit und Herzklopfen.

Bei der Aufnahme folgender Status: Herzspitze im 6. Intercostalraum in der Axillarlinie deutlich sicht- und fühlbar, hebend, in einer Beite von etwa $1^1/_2$ Querfingern. Von dieser Stelle aus reicht die Dämpfung bis an den rechten Sternalrand, an der Basis beginnt sie am unteren Rande der 3. Rippe, reicht nach links nicht weit hinaus, nach rechts hin aber konnte man sie nicht genau unterscheiden von einer unvollständigen in der Höhe der 2. und 3. Rippe $2^1/_2$ cm über den rechten Sternalrand hinausgehenden und von der letztgenannten Rippe an in scharfer Linie zum oberen Rande der Ansatzstelle der 5. Rippe abfallenden Dämpfung. Über derselben war eine Hebung weder sicht- noch fühlbar. Über allen 4 Ostien waren laute Geräusche zu hören, von denen sich nur das systolische an der Herzspitze, das diastolische über der Herzbasis mit deutlich ausgeprägter Schärfe abhob.

Bei der Untersuchung der Arterien zeigte sich sofort eine sehr auffallende Erscheinung: Während nämlich der Puls an der Cruralis, der Dorsalis pedis und selbst Tibialis postica ziemlich groß, deutlich schnellend und tönend war, zeigten die beiden Radialarterien eine hiervon höchst auffallende Verschiedenheit, indem hier der Puls geradezu klein war und die beiden anderen Eigenthümlichkeiten nicht darbot. Zwei beigegebene Kurven lassen in sehr deutlicher Weise diese Unterschiede erkennen.

S. war außer Stande, eine Erklärung für diese so auffällige und während der weiteren Beobachtungszeit vollkommen gleichbleibende Verschiedenheit im Pulse abzugeben. Pat. ging bald an Erschöpfung in Folge eines Gesichtserysipels zu Grunde.

Sektionsergebnis: Gleich nach Eröffnung des Pericards fällt die Lageveränderung des enorm großen, sehr stark verbreiterten, in seiner rechten Hälfte, besonders im Vorhof, erweiterten Herzens auf. Dieses war so stark nach links gedreht, dass die Gegend des rechten Herzrandes fast vollständig nach vorn gewendet war. Die Aorta war von dem ganz enorm kugelig erweiterten rechten Vorhofe nach links und vorn verdrängt, und in gleicher Richtung wie das Herz nach links gedreht, so dass sie eine in dem aufsteigenden Theil beginnende und durch den Bogen nach dem absteigenden Theile auslaufende leichte Spirale bildet, wodurch die Einpflanzungsstücke der großen Gefäße des Bogens in gleicher Richtung gedreht, gezerrt sind. Weiter ergiebt sich Insufficienz der Aorta, Insufficienz und Stenose der Bi- und Tricuspidalis. An den Gefäßen keine Veränderungen.

M. Cohn (Berlin).

23. **Chapotot.** Note sur un cas de malformation congénitale du coeur sans cyanose.

(Lyon méd. 1889. December.)

Ein 20 Monate altes Mädchen stirbt 5 Tage nach Ausbruch des Scharlachs an doppelseitiger Bronchopneumonie. Bei der Sektion ergiebt sich eine seltene Herzanomalie. Volum des Herzens fast normal. Im Inneren keine Spur des Ostium venosum dextrum. Septum atriorum nur als 2—3 mm hoher Vorsprung angedeutet, so dass ein gemeinsames Atrium rechts die Vv. cavae, links die Vv. pulmonales aufnimmt. Ost. venos. sin. und Mitralis ohne Besonderheiten; linker Ventrikel erweitert, dickwandig, aber wenig hypertrophirt. Rechter Ventrikel existirt, ist jedoch sehr atrophisch und auf eine kleine Tasche reducirt, die in einen muskulösen, mäßig breiten Trichter, die Ursprungsstelle einer völlig normalen Pulmonalis, übergeht. Im oberen Theile des Ventrikelseptums, gedeckt von der Mitralis, besteht eine Kommunikation zwischen den Ventrikeln in Gestalt eines glattwandigen Kanals von 8 mm Durchmesser, durch welchen das Blut aus dem linken Ventrikel schräg nach oben in den Trichter der Pulmonalis gelangen konnte. Orificium aortae normal; Ductus Botalli obliterirt. Trotz dieser Anomalie bestand intra vitam weder Cyanose, noch war ein Herzgeräusch gehört worden. Nach der Anamnese hatte das Kind im Alter von 1 Monat und ein paarmal später vorübergehende Erstickungsanfällle gehabt; die dabei auftretende Cyanose verschwand aber mit den Anfällen. Husten war nie vorhanden. Verf. geht dann auf die

Frage nach dem Entstehen der Cyanose bei Septumdefekten ein und glaubt, gegenüber der Ansicht, die Cyanose resultire aus einer Vermischung des arteriellen und venösen Blutes, der Cruveilhier'schen Theorie beitreten zu müssen, wonach venöse Stase und mangelhafte Sauerstoffaufnahme die maßgebenden Faktoren sind. Der vorliegende Fall spricht dafür, denn zweifellos trat in dem linken Ventrikel eine Vermischung der Blutarten ein, selbst wenn eine gewisse Ähnlichkeit des in Rede stehenden Herzens mit dem einkammerigen Herzen der Chelonier den Gedanken nahe legt, wie Brücke für diese Thiere, auch für solche menschliche Anomalien eine ungleiche Kontraktion der beiden Atrien(hälften) anzunehmen. Es bliebe immer die Frage offen, wie im Ventrikel die Auswahl der Blutarten für Aorta und Pulmonalis vor sich gehen soll. Die Ursache der Missbildung sieht Verf. in einer fötalen Endocarditis vor dem Ende des 2. Monats mit Obliteration des Ost. venos. dextr. Das ganze Atrienblut gelangte in den linken Ventrikel, konnte von der Aorta allein nicht abgeführt werden und suchte sich einen zweiten Ausweg durch eine noch offene Stelle des Ventrikelseptums. Zur Ätiologie der Endocarditis ergab die Anamnese nur, dass die Mutter nach einem Abort im 3. Monat an einer chronischen Uterusaffektion litt. **Eisler** (Halle).

24. **O'Donnell.** The use of the bandage in mitral insufficiency.

(New York med. journ. 1889. Juni 1.)

Ein 57jähriger Mann litt an Mitralinsufficienz mit allgemeiner Wassersucht. Nach 4maliger Punktion des Scrotum schwand das Anasarca an der oberen Körperhälfte. Nun wurden die noch stark geschwollenen Beine, so wie der Oberkörper erhöht gelagert. Nach 24stündigem Verharren in dieser Lage wurden die Beine von den Fußspitzen an mittels elastischer Binde unter allmählich gegen den Rumpf hin abnehmenden Druck eingewickelt. Hierauf füllte sich das Scrotum wieder rapid und wurde nochmals punktirt und dann durch Heftpflasterstreifen komprimirt. Schließlich wurde die Einwicklung bis zu den Brustwarzen hinauf fortgesetzt und auch die Arme durch Einwickeln komprimirt.

Der sofortige Erfolg der Einwicklung war augenfällig. Der Puls wurde regelmäßiger, die Urinausscheidung war vermehrt, der Bluthusten hörte auf und der Kranke konnte mit Unterstützung gehen. Der Zustand besserte sich auch weiterhin rasch, so dass der Kranke nach 1 Monat seinem Berufe als Landwirth nachgehen konnte. Die Entfernung der Bandage ertrug er nur an den Armen. Bei dem Versuche, die Einwicklung des Rumpfes und der Beine wegzulassen, stellten sich sogleich wieder Kompensationsstörungen ein.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

25. **W. F. Wright.** Case of heart disease complicating labour treated successfully by nitrite of amyl.

(Edinb. med. journ. 1889. December.)

Eine 36jährige Frau, die bisher gesund gewesen und zwei normale Geburten durchgemacht hatte, erkrankte in der zweiten Hälfte der dritten Gravidität mit Stauungserscheinungen im Venensystem und Anschwellung der Beine. Kurze Zeit vor der Entbindung trat sie ins Hospital ein; die Beschwerden waren jetzt aufs äußerste gestiegen — enorme Cyanose, Orthopnoe, blutig gefärbtes schaumiges Sputum etc. Der Urin war spärlich, aber eiweißfrei. Bei der Untersuchung des Herzens stellte es sich heraus, dass ein komplicirter Klappenfehler vorlag, wahrscheinlich Insufficienz und Stenose an der Mitralis, Insufficienz der Aortenklappen. Stimulantien und Strophanthus schafften vorübergehend Erleichterung; die Geburt kam in Gang — es wurden zwei schwächliche Zwillinge todt geboren. Der Blutverlust war minimal. Nach Ausstoßung der Placenta traten die alten Beschwerden in verstärktem Maße wieder auf, so dass Verf. sich zu einem Aderlass anschickte. Zuvor versuchte er es aber mit Amylnitrit (5 Tropfen inhalirt) und der Erfolg war glänzend, so dass von weiteren Maßnahmen abgesehen werden konnte. Etwas mehr Blut, obwohl immerhin noch sehr wenig, floss jetzt auch aus den Genitalien

aus. Pat. erholte sich rasch, brauchte in den nächsten Tagen noch Digitalis und konnte 14 Tage nach der Geburt in gutem Zustande entlassen werden.

Nach Erörterung der Wirkungsweise des Amylnitrits und seines eventuellen Einflusses auf die Uterusmuskulatur empfiehlt Verf. das Mittel in ähnlichen Fällen versuchsweise anzuwenden, bevor man sich etwa zum Aderlass entschließt.

Küssner (Halle).

26. Heidenhain. Unterleibstyphus-Endemien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 42.)

Von der Ansicht geleitet, dass der Typhus stets durch den Genuss schädlichen Trinkwassers hervorgerufen wird, erklärt Verf. das Auftreten vereinzelter Endemien in ganz verschiedenen Gegenden derselben Stadt durch plötzliche Erhöhung des Gehaltes des Wassers an niederen Organismen, wie sie hervorgerufen wird durch häufige und schwere Regengüsse und sodann durch einen Wohnungswechsel, bei welchem der Betroffene ein mit mehr Keimen durchsetztes Wasser genießt, während er sich gegen das früher gebrauchte eine gewisse Widerstandsfähigkeit erworben hat.

In zweiter Linie wird dann noch das Gleichgewicht zwischen Schädlichkeit und erworbener Widerstandsfähigkeit vom Organismus her gestört und aufgehoben, wenn derselbe durch Erkältung oder Erkrankungen anderer Art geschwächt wird, ein Umstand, der das Auftreten ganz vereinzelter, sonst kaum verständlicher Typhusfälle erklärt.

Markwald (Gießen).

27. V. P. Gibney. The typhoid spine.

(New York med. journ. 1889. November 30.)

G. berichtet, unter Hinweis auf Fälle von Periostitis an anderen Knochen, einige Krankengeschichten, die er nur als Wirbelperiostitis nach Typhoid bezeichnen kann. Anatomische Untersuchungen fehlen, da die Pat. alle genasen; und andere Erkrankungen sind mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen.

Bei Pat., die einige Wochen oder selbst Monate zuvor Typhoid überstanden haben, treten Schmerzen im Rücken, an den Hüften, in den Beinen auf, Schmerzen, die mitunter von äußerster Heftigkeit sind, namentlich bei Bewegungen und diese oft absolut unmöglich machen. Druckschmerz an den Wirbeln etc. kann vorhanden sein, ist aber nicht konstant. Oft sind auch passive ganz leichte Bewegungen der Wirbelsäule excessiv schmerzhaft. Fieber besteht nicht. Gelegentlich sind Reizerscheinungen, namentlich Kontrakturen, auch Steigerung der Sehnenreflexe vorhanden, eventuell auch mäßige Abmagerung der Beine. Andere etwa in Betracht kommende Erkrankungen, wie z. B. Psoasabscesse, müssen durch wiederholte genaue Untersuchung ausgeschlossen werden. Beseitigung der Kontrakturen, Anlegung entsprechender Verbände und Apparate in Chloroformnarkose sind von glänzender Wirkung; in der Regel ist nach einigen Monaten völlige Heilung erzielt.

Küssner (Halle).

28. A. Kühn. Diphtheritis mit Erythema exsudativum multiforme.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43. p. 938.)

Verf. beschreibt einen Fall von Diphtheritis bei einem 13jährigen Mädchen mit Auftreten eines Erythema exsudativum multiforme, das seinen gewöhnlichen Verlauf nahm, während die durch die Diphtheritis bedingten Allgemeinerscheinungen sofort mit der Entwicklung jenes schwanden. Ausgehend von der Ansicht, dass das Erythem und die ihm verwandten Hautkrankheiten eine besondere Gruppe der Infektionskrankheiten bilden, es sich in diesem Falle also um eine Doppelinfektion handelte, ist er geneigt, dem Ausbruch des Erythems einen eben so günstigen Einfluss auf den Verlauf des diphtheritischen Processes zuzuschreiben, wie dies vom Erysipel in Bezug auf maligne Geschwüre bekannt ist, zumal die damalige Epidemie einen sehr bösartigen Charakter hatte und ähnliche Halserkrankungen sonst fast ausnahmslos schwer verlaufende waren.

Markwald (Gießen).

29. **W. Dubreuilh.** Erythème blennorrhagique.

(Annal. de la policlin. de Bordeaux 1889. Juli.)

30. **W. Philips.** Gonorrhoea with Purpura rheumatica.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1889. Mai 4.)

Von französischer Seite ist in den letzten Jahren mehrfach auf das Vorkommen von Exanthemen im Verlauf von Gonorrhoe auch in solchen Fällen, in denen Harze oder Balsame nicht zur Darreichung gelangt waren, aufmerksam gemacht worden. Von den beiden unter obigem Titel aufgeführten Fällen passt streng genommen nur der erste hierher; der zweite, von dem amerikanischen Autor berichtete, ist dadurch von Interesse, dass die beobachtete Purpura erst auftrat, als — etwa 3 Wochen nach der akuten Exacerbation eines chronischen Trippers — sich unter gleichzeitigem Auftreten von symmetrischen rothen Flecken an den unteren Extremitäten eine multiple Gelenkentzündung ausgebildet hatte. Die Hämorrhagien zeigten sich dann — noch 14 Tage später — plötzlich an den Beinen und Hüften. Heilung nach 4 Wochen. **A. Blaschko** (Berlin).

31. **P. Spillmann und O. Parisot.** Furunkulose und Polyurie.

(Annal. de dermat. et syph. 1889. No. 8 u. 9.)

Seit den Arbeiten von Cheselden und Prout (1840) ist es bekannt, dass bei Diabetes mellitus die Furunkulose als eine der häufigsten Komplikationen zu betrachten ist. Man hat neuerdings, seitdem man die pyogenen Staphylokokken als nächste Krankheitserreger der Furunkulose kennen gelernt hat, diese Thatsache dahin zu deuten gesucht, dass man — übereinstimmend mit den an künstlichen Nährböden gemachten Erfahrungen — den Zuckergehalt der Cutis als außerordentlich fördernd für die Entwicklung der Staphylokokken angesehen hat. Nun ist aber schon vor 20 Jahren von Bourdon ein Fall von Furunkulose bei Diabetes insipidus beschrieben worden, und die Verff. berichten über mehrere von ihnen zum Theil sehr sorgfältig beobachtete Fälle, in denen die Furunkulose entweder im Beginn oder im Verlaufe eines Diabetes insipidus auftrat. Sie glauben desshalb — auch für den Diabetes mellitus — weniger den Zuckergehalt als vielmehr den großen Wasserverlust, die Déshydratation der Gewebe als ursächliches Moment für das Auftreten der Furunkulose verantwortlich machen zu sollen[1]. **A. Blaschko** (Berlin).

32. **Wertheimber.** Zur Behandlung des Pruritus cutaneus universalis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

In 3 Fällen von Pruritus cutaneus universalis leistete Natrium salicylicum vortreffliche Dienste, indem es sich nicht etwa als ein Linderungsmittel, sondern als ein effektives Heilmittel bewährte.

Das Mittel wurde in 3%iger Lösung verordnet mit der Weisung, 3mal 2 Esslöffel von derselben zu nehmen. **Seifert** (Würzburg).

33. **Courtade.** De la constipation latente.

(Union méd. 1890. No. 15.)

Bei einem 8jährigen Kinde, welches an Verdauungsstörung litt, verordnete Verf. Ricinusöl, welches dünne Stühle bewirkte. Trotzdem blieb in der rechten Inguinalgegend Dämpfung bestehen, welche erst, nachdem nach Applikation eines Klysma aus lauwarmem Wasser, Salz und Öl große Mengen von Fäkalmassen entleert waren, verschwand. Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1) Wenn auch häufiger Stuhlgang vorhanden ist, können sich doch Fäkalmassen anhäufen, welche schwere Entzündungserscheinungen bewirken können.

2) Die Abführmittel können dünne Stuhlgänge erzeugen, ohne dass die Erscheinungen aufhören, und so fälschlicherweise eine Sorglosigkeit veranlassen, indem eine Retention gar nicht erkennbar ist.

3) Ziemlich häufig sind die Abführmittel ungenügend, weil sie hauptsächlich auf den Dünndarm wirken; dann bewirken reichliche Klystiere, Eingießungen

[1] Vgl. hierzu die Original-Mittheilung von Lowinsky in No. 21 dieses Centralblattes p. 370.

Lösung der Fäkalmassen und rufen eine Entleerung hervor, nach welcher die schweren Erscheinungen nachlassen.

Bei einer erwachsenen Frau hat C. analoge Erscheinungen, wie oben bei dem Kinde beschrieben, beobachtet. **G. Meyer** (Berlin).

34. **Watson Cheyne.** Clinical remarks on a case of abscess in the left temporo-sphenoidal lobe following suppuration in the middle ear.

(Brit. med. journ. 1890. Februar 1.)

35. **Milligan and Hare.** Abscess of the cerebellum, following chronic otitis media; trephining; death.

(Ibid.)

Der Fall von C. betraf einen 26jährigen Mann, der seit 8 Jahren an einem linksseitigen, stinkenden Ohrenflusse litt, und plötzlich heftige Schmerzen in der linken Schläfengegend, dann Fröste und Erbrechen bekommen hatte. Puls 96, Temperatur normal. 6 Tage später traten Unruhe und Delirien unter mäßiger Temperatursteigerung ein, der Puls ging auf 52 in der Minute zurück und wurde unregelmäßig. Nun wurde etwa 5 cm nach hinten und oben vom linken Gehörgang trepanirt. Die Dura erwies sich hier gesund, das Hirn pulsirte nicht. Beim Einstechen in dasselbe entleerten sich etwa 30 ccm dünnen, fötiden Eiters. Nach der Operation stieg der Puls zwar auf 82, aber die Unruhe, die Delirien und das Fieber mit den Frösten ließen nicht nach. Erst am 3. Tage nach der Operation wurde das Sensorium klar. Der Kranke sprach langsam, auf Fragen begann er richtig zu antworten, aber schon nach wenigen Wochen trat Paraphasie ein. Von seinem Namen schrieb er nur die ersten Buchstaben richtig und reihte dann eine Anzahl Buchstaben durch einander daran. In den nächsten Tagen trat wieder Verschlimmerung ein, es wurde rechtsseitige Hemiopie und beginnende Stauungspapille konstatirt; vorübergehend kam es zu Ptosis links und Parese der rechten Extremitäten. 16 Tage nach der Operation wurde bei dem Versuche, das aus der Wunde gefallene Drainrohr wieder einzufügen, eine weitere Abscesshöhle eröffnet. Von da an besserte sich der Zustand allmählich und der Kranke konnte etwa 6 Wochen nach der Operation, bis auf seinen Ohrenfluss geheilt, entlassen werden. —

In dem Falle von M. und H. handelte es sich um einen 14jährigen Knaben, der seit 6 Jahren an beiderseitigem Ohrenfluss in Folge von Scharlach litt. In den letzten 18 Monaten wurde nur noch aus dem rechten Ohr stinkender Eiter entleert. Dieser Ausfluss sistirte plötzlich und es traten heftige Schmerzen in der rechten Kopfhälfte ein, die hauptsächlich in der Gegend der Coronarnaht lokalisirt waren. Hier verursachte auch die Perkussion die heftigsten Schmerzen. Der Puls war 80, schwach, zuweilen aussetzend. Beim Stehen mit geschlossenen Augen bestand Neigung zum Vorwärtsfallen. Rechts ausgesprochene, links beginnende Stauungspapille. In den nächsten Tagen verfielen die Kräfte rasch, auch trat Erbrechen ein. Da man einen, von der rechtsseitigen Ohreiterung inducirten Hirnabscess vermuthete, jedoch keine Anhaltspunkte dafür hatte, ob derselbe im Schläfenlappen oder in der Kleinhirnhälfte saß, wurde so weit über und hinter dem Gehörgang trepanirt, dass man beide Hirntheile erreichen konnte. Nun wurde zuerst der Boden der mittleren Schädelgrube, speciell das Dach der Paukenhöhle nach Empordrängen des Schläfenlappens inspicirt und normal gefunden, darauf der Schläfenlappen angestochen, jedoch kein Eiter gefunden. Dagegen fand man solchen bei einer durch das Tentorium hindurch vorgenommenen Punktion des Kleinhirns. Da eine Incision des Abscesses auf dem gleichen Wege zu gefährlich erschien, wurde hinter und unter dem Sinus transversus auf das Kleinhirn trepanirt und von hier aus in beträchtlicher Tiefe der Abscess erreicht und drainirt. 19 Stunden nach der Operation trat Fieber und Cheyne-Stokes'sches Athmen auf und nach 3 Stunden starb der Kranke. Bei der Sektion ergab sich, dass die Abscesshöhle etwas nach vorn und oben von der Mitte der Kleinhirnhälfte lag, walnussgroß und von einer Membran umgeben war.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

36. **W. Sommer.** Atlasankylose und Epilepsie.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

S. beschreibt ausführlich eine Ankylose des Atlas nebst einer Subluxation nach vorn, welche wahrscheinlich im späteren Leben in Folge einer Arthritis deformans entstanden, bei dem blödsinnigen 72 Jahre alten Manne intra vitam keine Erscheinungen bedingt hatte. Es besitzt der Fall besonderes Interesse, da wiederholt bei Atlasankylose Epilepsie beobachtet und damit in Zusammenhang gebracht wurde. Verf. betont zum Schluss, dass er nach den Erfahrungen an diesem Falle nicht mehr an eine durch Verengerung des Wirbelkanals bedingte Epilepsie ohne gleichzeitige Kompressionserscheinungen von Seiten des Rückenmarkes glauben möchte.

A. Cramer (Eberswalde).

37. **F. Moravcsik.** Einige praktische Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus an der Hand eines Falles von kastrirter Hystero-Epilepsie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 2 u. 3.)

M. beschreibt sehr ausführlich einen Schulfall von Hysterie, bei welchem nach der Kastration eine wesentliche Besserung in vielen Symptomen eintrat und knüpft daran eine Besprechung seiner Ansichten und Erfahrungen über den Hypnotismus, den er nicht absolut verdammt. Therapeutisch empfiehlt er psychische Beeinflussung (Suggestion nicht ausgeschlossen), Allgemeinbehandlung und Vorgehen gegen das zahllose Heer der Einzelsymptome, theils mit thatsächlich wirksamen Mitteln, theils mit bloß durch Suggestion wirkenden Arzneien.

A. Cramer (Eberswalde).

38. **M. Rosenthal.** Über subkutane Eiseninjektionen bei Nervenleiden.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 46.)

R. hat schon vor längerer Zeit versucht, Eisenpräparate subkutan zu appliciren und hat wenigstens einige ermittelt, deren Beibringung ohne Beschwerden geschehen kann. Die Präparate dürfen höchstens ganz schwach sauer reagiren, weil sonst die bekannten Entzündungsknoten etc. sich bilden. Besonders indicirt ist diese Anwendungsweise in Fällen, wo die veranlassende Anämie (Chlorose) mit bedeutender Magenschwäche verbunden ist. Erprobt hat R. das Ferr. pyrophosphoric. c. Natr. citric. in Lösungen von 1 : 6, Ferr. peptonat. und Ferr. oleïnic. in 10%igen Lösungen; am empfehlenswerthesten ist das Ferr. peptonat. wegen seiner Billigkeit und Haltbarkeit. Die Spritzen, mit welchen die Injektionen gemacht sind, müssen stets mit Öl gereinigt werden, weil sie sonst rosten. Unangenehme Zufälle nach Eiseninjektionen hat R. niemals gesehen.

Küssner (Halle).

39. **Gibson and Felkin.** A hitherto unobserved effect of the salicylates.

(Practitioner 1889. Januar.)

Salicylsaure Salze führen bisweilen zu Amblyopie mit Mydriasis; Myosis in Folge ihrer Anwendung ist seither nicht beobachtet. Bei einer an Erysipel des Unterschenkels erkrankten, im mittleren Alter stehenden Frau beobachteten G. und F. Myosis und Verlust der Pupillenreaktion auf Licht, nachdem die Kranke innerhalb 8 Stunden etwa 5 g Natr. salicyl. genommen hatte. 13 Stunden nach Aussetzen des Mittels schwand die Myosis. Gleichzeitig mit derselben war Sehschwäche, Ohrensausen und Hinterhauptschmerz aufgetreten.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger und eine Beilage von A. Keysser, Fabrik chemisch-pharmaceut. Präparate, Hannover.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 33. **Sonnabend, den 16. August.** **1890.**

Inhalt: 1. **Massazza**, Bleiintoxikation. — 2. **Combemale**, Ammoniakvergiftung vom Darm aus. — 3. **Winternitz**, Quecksilberausscheidung. — 4. **F. O. Cohn**, Einwirkung des Magensaftes auf Gährungsprocesse. — 5. **Kitasato**, Negative Indolreaktion der Typhusbacillen. — 6. **Leo**, Beitrag zur Immunitätslehre. — 7. **Kisch**, Herzbeschwerden klimakterischer Frauen. — 8. **Benedict**, Zur Klinik der Epilepsie. — 9. **Déjerine** und **Martin**, Opticusatrophie bei Tabes. — 10. **E. Schwarz**, Tabes und Syphilis. — 11. **Dujardin-Beaumetz**, Suspensionsbehandlung der Tabes.

12. **Boyd**, Atresia ani. — 13. **Vámos**, Stenosis des Pulmonalarterienostiums. — 14. **Sanson**, Stethoskop. — 15. **Schwab**, Intermittirende Hydronephrose. — 16. **Cimbali**, Primäres Pankreascarcinom. — 17. **Klein**, Wandermilz. — 18. **Lemoine**, Kontagiosität der Dysenterie. — 19. **Fournier**, Chancen der tertiären Syphilis.

Bücher-Anzeigen: 20. **Baumgarten**, Jahresbericht über die Fortschritte der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. — 21. **Souza-Leite**, De l'acromégalie. — 22. **Penzoldt**, Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung. 2. Auflage. — 23. **F. Roux**, Formulaire aide-mémoire de la faculté de médecine de Paris.

1. G. Massazza. Sulla questione della possibilità di avvelenamenti insidiosi per acetato di piombo. (Laboratorio del prof. G. Filomusi-Guelfi.)

(Riforma med. 1889. No. 248—251.)

Aus 11 Versuchen des Verf. geht hervor, dass erst sehr große Mengen des Plumbum aceticum auf Hunde tödlich wirken und zwar auch nur dann, wenn das Gift in fraktionirter Gabe verabreicht wird. Während Hunde von 9—10 kg Körpergewicht nach Darreichung der Einzelgaben von 5, 6, 8, 10, 20 g Plumb. acet. unter häufigem Erbrechen und reichlichen Durchfällen wieder genesen und ein Hund von kaum 9 kg Gewicht selbst die einmalige Dosis von 50 g des Giftes unter den genannten Reaktionserscheinungen überwand, konnten andere Hunde mit Mengen von 18—19 g getödtet werden, wenn die letzteren so dargereicht wurden, dass 3mal täglich 1 g Plumbum acet. zur Einverleibung gelangte.

Die Menge von 18—19 g erscheint allerdings zu niedrig gegriffen für die tödliche Dosis, in so fern die damit getödteten Hunde bereits früher zu einem Experiment mit Bleidarreichung gedient hatten. Ein ganz neuer, nie zu Experimenten verwendeter Hund von $6^1/_2$ kg Körpergewicht starb nach der Aufnahme von 30 g Plumb. acet., welches in der bezeichneten Weise zu 3 g pro die einverleibt worden.

Für Menschen liegt — wie ein Fall, den Leridon mittheilt, zeigt — die tödliche Gabe des Bleis niedriger als für den Hund. Dass auch bei ihm fraktionirte Gaben eher tödlich wirken als eine größere einmalige Gesammtdosis, zeigt der Vergleich mit den von Seidel veröffentlichten Kriminalfällen.

Immerhin muss eine beabsichtigte Tödtung mittels Plumb. acet. nach den obigen Experimenten und den vorliegenden Fällen möglich sein. Dass sie schwerer als durch Blei durch Kupfer geschieht, liegt in dem üblen Geschmack und in der starken Färbung der Kupfersalze, von welchen allerdings, gemäß den Experimenten von Filomusi-Guelfi, der durch 5—6 g Kupfersulfat oder Kupferacetat Hunde in 3 Tagen tödtete, weit geringere Gaben zur tödlichen Vergiftung genügen.

Aus den Experimenten M.'s ist noch hervorzuheben das rasche Auftreten des Bleisaumes am Zahnfleisch, der bisher als Symptom der chronischen Bleivergiftung allein galt, von Naunyn wenigstens und Husemann in akuten Vergiftungen nicht gesehen wurde, vom Verf. aber bereits am 2. oder 3. Tage der Vergiftung in ausgesprochenster Weise gesehen wurde. Der von Tanquerel beobachtete, von Naunyn geleugnete, von Orfila nicht erwähnte, von Tardieu und Seidel wiederum gesehene »Icterus saturninus« bildet in den Experimenten M.'s ein konstantes Symptom und geht mit dem Auftreten von Gallenfarbstoff im Urin einher.

G. Sticker (Köln).

---

2. **Combemale.** Note sur les effets physiologiques des lavements gazeux d'ammoniaque.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 40.)

Angeregt durch die Äußerung A. Baginsky's, die Kinderdiarrhoe werde durch Intoxikation mit Ammoniakgas, das durch die Entwicklung von Bakterien, wie Bac. lactis und Bac. coli commune im Darme erzeugt werde, verursacht, hat Verf. den Einfluss der Einführung von Ammoniakgas in den Darm von Hunden untersucht. Es wurden an 2 Hunden 6 Versuche angestellt, die alle ein gleiches Resultat ergaben.

Sobald das Ammoniakgas in den Darm gelangt, schlägt das Thier heftig um sich, sichtlich leidend und lässt einen kleinen Theil des Gases wieder aus dem Anus entweichen. Sobald es freigelassen wird, läuft es eilig hin und her, unruhig, keuchend, die Zunge herausstreckend; dabei Speichelfluss, Durst. Dieses Stadium dauert etwa

eine halbe Stunde. Dann erfolgt meist sehr heftiges Erbrechen und Stuhldrang; die Fäces sind meist blutig gefärbt, oft wird auch reines Blut entleert. Während dieser ganzen Zeit lässt das Thier keinen Urin.

Etwa $1^1/_2$ Stunden nach dem Beginn des Versuches wird der Hund ruhig; er urinirt dann, die reichlichen Stuhlgänge dauern aber noch einige Tage an, während die blutige Färbung allmählich verschwindet. In den folgenden Tagen frisst das Thier wenig oder gar nicht, magert ab, trinkt viel und verhält sich sehr still. Wenn man 24 Stunden darauf die Injektion wiederholt, lebt das Thier kaum noch 48 Stunden.

Die anatomische Untersuchung eines gestorbenen Thieres ergab im Dickdarm an der Stelle, wo das äußerste Ende der Sonde, mit der das Gas eingeführt worden, hingelangt war, einen brandigen Ring, unterhalb desselben entzündliches Ödem aller Gewebsschichten und Ulceration der Schleimhaut ohne Perforation der Wandungen; Bluterguss auf dem Peritoneum, Sugillationen in verschiedenen Organen, starke Kongestion der Nieren.

Ob man nach diesen Ergebnissen einen analogen Vorgang bei der Kinderdiarrhoe annehmen kann, will Verf. nicht entscheiden.

M. Cohn (Berlin).

---

3. **R. Winternitz.** Über die Ausscheidungsgröße des Quecksilbers bei den verschiedenen Arten seiner Anwendung.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1889. Hft. 6.)

Verf. hat sich bemüht, mit einer bereits früher im Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie (1889) veröffentlichten Methode genauer die quantitativen Verhältnisse bei der Aufnahme und Ausscheidung des Hg zu verfolgen. Es scheint eine derartige, allerdings sehr mühsame Untersuchung nothwendig, da wir über die Hg-Menge, durch deren Resorption die verschiedenen Grade der Wirkung eintreten, bisher sehr wenig wissen. Nur so lässt sich die Frage lösen, ob die Heilwirkung auf die syphilitischen Manifestationen der Menge des resorbirten Hg-Präparates parallel läuft. Die vorliegende Arbeit legt von dem Fleiße und der Ausdauer, welche zu diesen Untersuchungen nöthig sind, beredtes Zeugnis ab.

Mit Hilfe der vom Verf. angegebenen Methode war es möglich, die kleinste Hg-Menge, sowohl in Form des Metalls, als in der von Salzen — letztere in H_2O oder Harn gelöst — bis auf die vierte Decimale zu bestimmen, und so konnte er an die Untersuchung 1—3tägiger Harnportionen mit sicherer Aussicht auf Erfolg gehen. Aus den im Harn enthaltenen Hg-Mengen ist es gestattet, einen Rückschluss auf die Größe der Resorption zu ziehen.

Die Untersuchungen betrafen die drei jetzt üblichen Applikationsweisen des Hg, die epidermatische, die interne und hypodermatische. Da Verf. nur den Harn untersucht hat, so erlaubt er sich nur vor-

läufige Schlüsse, bis die Untersuchung der übrigen Sekrete, namentlich der Fäces und der Organtheile auf Hg, das Bild, welches die von ihm erhaltenen Harnausscheidungszahlen liefern, vervollständigt haben wird. Jedenfalls geht aber aus diesen Versuchen die Möglichkeit hervor, die Hg-Ausscheidung durch den Harn quantitativ auszudrücken. Von den unwägbaren Werthen, die recht geraumen Zeiträumen interner (leicht darmreizender) und epidermatischer Applikation entsprechen, kann sich die Hg-Ausscheidung im Harn (nach Injektionen) zu der beträchtlichen Höhe von 4—6, ja bis 8 mg im Tag erheben. Die Frage, wie sich beim Eintreten von Intoxikationszuständen die Ausscheidung durch den Harn verhält, beantwortet Verf. mit Wahrscheinlichkeit dahin, dass sie relativ oder absolut große Zahlen geben wird, falls keine Nierenläsion vorhanden ist oder durch das Hg entsteht. Man hat oft versucht, die Ausscheidung des Hg durch Darreichung von Jodkalium zu steigern, indess ergaben die Untersuchungen des Verf. keine konstante Zunahme der Harnausscheidung des Hg. Aber eben so wenig war die Ausscheidung durch Jodkali verringert, wie es einzelne Autoren bei ungenügender Methodik gefunden haben. Diese Untersuchungen haben wiederum gezeigt, dass die Injektionsmethode die epidermatische und auch die interne Applikation in dem Vermögen, wägbare Mengen in den Harn übertreten zu lassen, weitaus übertrifft. Aus einer beigegebenen graphischen Darstellung ergiebt sich, dass der Unterschied in der Ausscheidungsgröße bereits in den ersten Zeiten nach begonnener Einverleibung durch die einzelnen Applikationen auftritt. Während nach dem Genuss von grauen Pillen, nach der Einreibung und nach Applikation von grauem Pflaster auf die Haut in der ersten Woche kaum wägbare Werthe gefunden wurden, sind nach Injektionen bereits Werthe von 0,9 mg und mehr in der Tagesportion erhalten worden. Ähnliches ergab die Untersuchung nach innerlicher Verabreichung von laxirenden Kalomeldosen. In den nächsten 2—3 Wochen ist der Unterschied noch deutlicher, denn die Ausscheidung nach den Pillen erreicht kein halbes Milligramm im Tag, diejenige während der Einreibung 1 mg und etwas darüber, die nach Injektionen 4—6 und 8 mg. Das Weitere siehe im Original. Auch die Ausscheidung in der Zeit nach dem Aussetzen der Injektionen ist noch eine sehr beträchtliche und es ist sogar wahrscheinlich, dass auch noch durch eine lange Zeit der sogenannten Remanenz mehr Hg im Körper nach Injektionen als nach Inunktionen sein wird.

Wir müssen uns versagen, aus der inhaltreichen Arbeit noch genaueren Bericht zu erstatten. Jeder, der sich aber weiter mit dieser Frage beschäftigt oder für dieselbe interessirt, wird nicht umhin können, auf die mit großer Sorgfalt und unermüdlichem Eifer ausgeführten Untersuchungen des Verf. zurückzukommen und die Originalarbeit sorgfältig zu studiren. **Joseph** (Berlin).

4. **F. O. Cohn.** Über die Einwirkung des künstlichen Magensaftes auf Essigsäure- und Milchsäuregährung.

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 1. p. 75.)

In einer ersten Versuchsreihe wurde konstatirt, dass eine Essigsäuregährung, welche Mycoderma aceti in einer entsprechend zusammengesetzten, Alkohol enthaltenden Nährlösung erzeugt, durch einen Zusatz von 0,05—0,1‰ Salzsäure aufgehoben wird. Anwesenheit von Pepsin ist hierbei ohne Einfluss. Wird die Salzsäure durch Pepton »gebunden«, so vermag sie die Gährung nicht zu hindern.

Diese Thatsache ist für die Pathologie des Magens zunächst in so fern ohne Bedeutung, als sich die Essigsäure im Magen nicht durch Mycoderma aceti aus Alkohol, sondern neben Buttersäure und Milchsäure bei der Spaltpilzgährung der Kohlehydrate bildet.

C. weist aber nach, dass auch für die Milchsäuregährung, welche vom Bac. acid. lact. Hueppe bewirkt wird, im Wesentlichen dasselbe wie für erwähnte Essigsäuregährung gilt. Im Magen wird also die Milchsäuregährung durch einen gewissen Gehalt an freier Säure unmöglich gemacht. Sie kann aber trotz Sekretion von Salzsäure eintreten, wenn die letztere von Pepton »gebunden« wird. Daneben spielen noch, wie C. zeigt, die Phosphate eine gewisse Rolle.

F. Röhmann (Breslau).

---

5. **S. Kitasato.** Die negative Indolreaktion der Typhusbacillen im Gegensatz zu anderen ähnlichen Bacillenarten.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 13.)

Für die Erkennung der Typhusbacillen empfiehlt K. neben der alten Methode der Kartoffelkultur die Salkowski'sche Indolreaktion: Setzt man zu 10 ccm peptonhaltiger alkalischer Bacillenkultur der zu untersuchenden Bakterien, welche 24 Stunden lang in Brüttemperatur gestanden hat, 1 ccm einer Lösung von reinem Kalknitrat, die 0,02 in 100 ccm enthält und dann einige Tropfen koncentrirter Schwefelsäure, so tritt bei Gegenwart des Indols rosa oder tiefrothe Färbung ein. Bei der Bacillenkultur der Typhusbacillen kommt diese rothe Reaktion nicht vor; Kumagawa stellte fest, dass in denselben weder Indol noch Skatol existirt. Allerdings geben eine große Anzahl anderer Bakterien gleichfalls die negative Indolreaktion, jedoch gerade die Milchsäurebacillen, so wie die verschiedenen Wasserbacillen nicht. Einen Vorzug vor der Kartoffelkultur besitzt die Indolreaktion nicht — diejenigen Bakterien, die hier eine positive Reaktion geben, wachsen auch auf der Kartoffel anders als die Typhusbacillen —, sie kann dieselbe aber eventuell unterstützen.

Zahlreiche andere Versuche des Verf., ein specifisches Reagens für Typhusbacillen zu finden, fielen negativ aus.

Strassmann (Berlin).

---

6. **H. Leo.** Beitrag zur Immunitätslehre.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. p. 505.)

Während die meisten bisherigen Untersuchungen zur Immunitätslehre von der Idee der Anwesenheit für die Mikroben deletär wirkender Stoffe im inneren Organismus ausgehen, wirft L. die Frage auf, ob nicht auch gewisse, zur Entwicklung der pathogenen Mikroben erforderliche Nährstoffe zuweilen in so fern eine Rolle spielen können, als ihre Anwesenheit eine leichtere Empfänglichkeit, ihre Abwesenheit eine Immunität der betreffenden Thiere bedingt. Die besondere Disposition der Diabetiker zu Tuberkulose, zu Wundinfektion scheint in diesem Sinne zu sprechen. L. hat nun Thiere, die gegen bestimmte Infektionskrankheiten immun sind, mit denselben geimpft, während sie zugleich durch Phloridzin diabetisch gemacht werden. Die Versuche mit Milzbrand an Ratten, mit Tuberkulose an Hausmäusen, ergaben kein Resultat, dagegen gelang es durch Phloridzinfütterung die Immunität der weißen Mäuse gegen Rotzbacillen aufzuheben. Von 49 so behandelten Thieren gingen 47 ein, fast alle in der ersten Woche; in der großen Mehrzahl konnte schon makroskopisch die Diagnose auf Rotz gestellt werden; bei den meisten übrigen auf Grund der angelegten Kulturen. In 88 Parallelversuchen an geimpften, nicht mit Phloridzin gefütterten Mäusen ergab sich stets ein negatives Resultat; Kontrollthiere, die nicht geimpft wurden, aber Phloridzin erhielten, gingen meistens am Ende der zweiten Woche an Erschöpfung zu Grunde.

Dass die Empfänglichkeit der Feldmäuse für Rotz auf einem größeren Zuckerreichthum derselben gegenüber den weißen beruht, wie man nach dieser interessanten Entdeckung L.'s denken konnte, bestätigte sich nicht; die Analyse ergab keinen Unterschied.

Strassmann (Berlin).

---

7. **Kisch.** Die Herzbeschwerden klimakterischer Frauen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Die im klimakterischen Alter der Frauen auftretenden Herzbeschwerden stellen sich unter verschiedenen Formen und Bildern dar, als deren häufigstes die in Paroxysmen auftretende Tachykardie begegnet, verbunden mit einer ganzen Reihe nervöser Erscheinungen. Als Ursache der Tachykardie sieht Verf. nicht nur Lähmung der Hemmungsnerven, sondern eine Reizung der excitomotorischen Fasern an, und zwar aus dem Grunde, weil der Herzimpuls keineswegs schwächer sondern kräftiger ist, weil keine Arythmie der Herzthätigkeit besteht, und auch andere Störungen der vasomotorischen Nerven damit verbunden sind. Den Grund dieses Erregungszustandes erblickt Verf. in den im Klimakterium auftretenden Veränderungen in den Ovarien, speciell in der Hyperplasie des Eierstockstromas, von welchem aus reflektorisch eine Reizung des Sympathicus hervorgerufen wird.

Eine andere, weniger häufig vorkommende Form von Herzbe-

schwerden, der aber größere Bedeutung als der vorigen Form beizulegen ist, zeigt die bekannten Symptome der Herzschwäche. Es handelt sich dabei meistens um Frauen, welche in früheren Jahren an Chlorose und ihren Folgeerscheinungen litten, oder in späteren häufige Menstrualblutungen gehabt haben. Von besonderer Wichtigkeit ist in diesen Fällen eine genaue Feststellung des Genitalbefundes, um sich Aufklärung über die Ursachen der häufigen Blutungen zu verschaffen.

Eine dritte, sehr häufig vorkommende, aber keine besondere Intensität erreichende Gruppe wird bedingt durch die mit der Menopause sich geltend machende Neigung zum stärkeren Fettansatz, von dem in erster Linie das subperikardiale Bindegewebe betroffen wird. Die durch das Fettherz bedingten Beschwerden sind bei den Frauen in diesen Lebensjahren im Allgemeinen geringer als bei den Männern, weil die Schwankungen des Fettbestandes beim weiblichen Geschlecht — durch Pubertät, Schwangerschaft, Laktation — in der Norm viel größer sind als beim männlichen. **Markwald** (Gießen).

---

8. **Benedict** (Wien). Zur Klinik der Epilepsie.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 43. p. 675 ff.)

Die wichtigste Klasse der Epilepsie, bei welcher tiefere Veränderungen im Gehirn gefunden werden, wird als die organische Form bezeichnet, welche B. eintheilt 1) in angeborene Formen, 2) in der frühen Jugend erworbene oder juvenile Formen und 3) in hysteroepileptische; die von Charcot als Grande Hystérie bezeichnete Form rechnet B. zum Theil in diese Gruppe, es sind nach ihm eben wahre Epileptiker im hysterischen Gewande. Die Mehrzahl der organischen Epileptiker sind stigmatisirt; sie zeigen genaue Zeichen am Kopf. Die Epileptiker zeigen fast immer Porencephalie. Die angeborenen Formen kann man als aplastische bezeichnen, da die Porencephalie bereits in der Anlage besteht, während bei der juvenilen Form die Porencephalie sich erst als Folge entzündlicher Vorgänge ausbildet; die Hysteroepilepsie kann zu den angeborenen Formen gerechnet werden. Außer den organischen Formen giebt es noch symptomatische, als Folge corticaler Erkrankungen im höheren Alter, und Reflexformen, zu denen man auch die eigentlichen hysterischen zählen kann. Was die Kopfformen der wahren Epileptiker anlangt, so sind es dieselben, welche bei hereditärer Geisteskrankheit, bei hereditären Selbstmördern und Verbrechern aufgeführt werden, Excesse der Größe, Excesse der Kleinheit. Oft ist eine Verkürzung des Parietalbogens zu konstatiren; bei den Psychoepileptikern ist öfters der Stirnbogen in der Entwicklung zurückgeblieben. Die bisher geübte Methode der Anatomen ist zu Schädelmessungen ganz unbrauchbar, erst durch Anwendung des Projektionssystems und der Präcisionsinstrumente ist eine rationelle Methode der Schädelmessung möglich und Asymmetrien kennbar; meistens liegt eine Brachycephalia occipitalis dextra

vor: Die Natur sucht die eingetretene Störung im Wachsthum zu kompensiren; während die rechte Schädelhälfte verkümmert erscheint, rückt das Ohr mit dem Felsenbeine nach rückwärts, um dem beengten Gehirnabschnitt Raum zu schaffen; dieser Kompensationsversuch gelingt in der Regel nicht vollkommen. Was die Therapie anlangt, so tritt B. auch hier wieder mit Entschiedenheit dafür ein, dass man die Epileptiker therapeutisch möglichst in Ruhe lassen soll. Die Prognose ist bei den organischen Formen eine trübe und die Therapie kann daran nichts ändern: der Glaube, Kinder von der Epilepsie befreit zu haben, ist eine Täuschung, zur Pubertät kehren die Anfälle wieder, auch beim Erwachsenen kehren die Anfälle schwerer zurück, wenn die Anfälle durch Brompräparat aus einander gehalten wurden. Die Bromtherapie ist aber noch speciell von Schaden, weil sie das Gehirn der Epileptiker unter schweren Druck setzt, so dass der Epileptiker sich schwerer geistig entwickelt, die geistige Entwicklung ist aber das beste Heilmittel für Porencephalen. Für die Diagnose weist B. darauf hin, dass die Anfälle meistens nicht blitzartig auftreten, die motorischen und sensitiven Prodromi sind allerdings sehr kurz, aber es giebt doch eine Menge von Prodromi vasomotorischer und psychischer Art (Veränderung der Stimmung, Röthung im Gesicht, namentlich ein Streifen parallel mit dem vertikalen Rande des Oberkiefers etc.). Besonders psychoepileptische Anfälle zeigen dieses sehr frühzeitig. Für die Beziehung der Epilepsie zum Ehegesetz führt B. an, dass durch die Gefahren der Epilepsie für die Descendenz die Epilepsie als ein gesetzliches Ehehindernis und als gesetzlicher Ehescheidungsgrund gelten soll. Gegen specielle Schulen für Epileptiker wendet sich B. mit Nachdruck, die allgemeine Schule dient am besten für die Epileptiker, welche natürlich mit Nachsicht und Geduld behandelt werden müssen. Die forensische Beleuchtung der Psychoepilepsie führt den Autor dazu, dass die Errichtung von Irrenhäusern für Verbrecher allein im Stande sei, diese Frage zu lösen, die Gesellschaft zu beschützen und dem ärztlichen Gutachten zu genügen. **Prior** (Köln).

---

9. **Déjerine** et **Martin.** De l'atrophie des nerfs optiques dans le prognostic de la sclérose des cordons postérieurs.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 25.)

Benedikt hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass der Eintritt der Sehnervenatrophie die tabetische Erkrankung, so vorgeschritten sie auch sein möge, günstig beeinflusse. D. und M. haben nun 100 Tabeskranke in Bicêtre darauf hin untersucht und gefunden, dass unter ihnen die 18 Kranke, welche in Folge von Opticusatrophie vollständig erblindet waren, trotzdem der Beginn der Erkrankung bei den meisten auf 10—20, ja 30 Jahre zurückdatirt werden konnte, sich noch im 1. Stadium der Krankheit befanden und absolut keine Koordinationsstörungen zeigten. Bei einigen war sogar eine evidente

Besserung der einzelnen Symptome, insbesondere der lancinirenden Schmerzen zu konstatiren. Die Sehnervenatrophie, welche im Beginn der Tabes eintritt, hält also nach D. und M. den weiteren ungünstigen Verlauf der Tabes beinahe immer auf, während sie dies in den späteren Stadien, und damit stimmen die Autoren mit Benedikt nicht überein, nicht mehr vermag. Übrigens kommt Sehnervenatrophie in vorgeschritteneren Fällen von Tabes nur sehr selten zur Beobachtung. **E. Levy** (Straßburg i/E.).

---

10. **E. Schwarz.** Die Lues-Tabesfrage und die Behandlung der Tabes in Kemmern.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 30.)

S. macht darauf aufmerksam, dass Lues in der Vorgeschichte der Tabes nachzuweisen zu den schwierigsten Aufgaben gehört, da die Tabes erst sehr spät — 6—15 Jahre — nach Acquisition der Syphilis und namentlich in solchen Fällen, welche Anfangs außerordentlich milde verlaufen sind, aufzutreten pflegt. In der Regel sind solche Fälle auch gar nicht oder unvollkommen behandelt und von den Pat. vergessen worden. Will man eine beweisende Procentzahl aufstellen, so müsste man nicht diejenigen Fälle rubriciren, bei denen vorangegangene Lues nachweisbar ist, sondern die, bei denen mit annähernder Sicherheit festgestellt werden kann, dass die Pat. nie zuvor an Syphilis gelitten haben. Das ist bei keinem der 30 von S. beobachteten Tabesfälle möglich gewesen. Er berichtet die Krankengeschichte zweier Fälle, in denen nur ganz zufällig die Möglichkeit gegeben wurde, voraufgegangene Lues — die weder objektiv noch anamnestisch nachweisbar war — zu eruiren und in denen eine specifische Kur sich sehr wirksam erwies. Die beiden gegen den Zusammenhang von Lues und Tabes angeführten Argumente — der Charakter der Tabes als Systemerkrankung spreche gegen Syphilis, so wie die Unwirksamkeit antiluetischer Therapie gegen erstere — will er nicht gelten lassen. In ersterer Hinsicht weist er mit Recht darauf hin, dass wir die Wirkungen des syphilitischen Virus nicht in allen Einzelheiten kennen, und dass andererseits nach den neueren Untersuchungen von Th. Rumpf die Degeneration der Hinterstränge als ein sekundärer, eine fleckweise Infiltration und Verdickung der Gefäße als der primäre Krankheitsprocess aufzufassen sei. So erklärt sich auch in den vorgeschritteneren Fällen, in denen es zu einer sekundären Degeneration gekommen ist, die mangelnde Wirksamkeit der Hg- und Jodtherapie; die erkrankten Gefäße heilen thatsächlich aus, während das geschwundene Nervengewebe sich nicht neu ersetzen kann. Gerade das spricht für eine möglichst frühzeitige specifische Behandlung, welche nach den Erfahrungen des Verf. auch stets wirksam gewesen ist. Übrigens hat S. auch in einigen älteren Fällen sehr gute Erfolge gesehen; zum mindesten kann man die häufig beobachteten Verschlimmerungen bei der Schmierkur z. B.

dadurch verhüten, dass man gleichzeitig den Stoffwechsel und das Allgemeinbefinden der Kranken hebt. Rumpf proponirt hierzu faradische Pinselungen der Haut des Rückens und der Beine. S. plaidirt für die Darreichung von Schwefelbädern, die eben so, wie z. B. in Aachen, in dem nahe bei Riga gelegenen Schwefelbad Kemmern genommen werden können und — wenn die Kur richtig geleitet wird, namentlich die Dauer der Bäder nicht zu lang und die Temperatur derselben nicht zu hoch bemessen wird — sich bisher sehr gut bewährt haben. **A. Blaschko** (Berlin).

---

11. **Dujardin-Beaumetz.** Über die Therapie der Tabes mit besonderer Berücksichtigung der Suspensionsbehandlung.

(Wiener med. Blätter 1889. No. 44.)

Wenn auch unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse der Rückenmarkskrankheiten erheblich vorangeschritten sind, so lässt sich dieses von der Therapie nicht sagen. Die Behandlung der chronischen interstitiellen Entzündungen des Rückenmarkes beschränkte sich hauptsächlich auf die Anwendung der Revulsion, in welcher Hinsicht der Thermokauter von Paquelin punktförmige Kauterisation in leicht applicirbarer Weise ermöglicht. Die Anwendung der Eiskälte mittels Chapmann'scher Schläuche ist wieder verlassen, dagegen wurden die temporären Applikationen von Kältemischungen, speciell mit Aufstäubung von Chlormethyl, mit einigem Nutzen angewandt, sie bewirken aber nur einen merkbar lindernden Einfluss auf die Schmerzen, namentlich gilt dieses von der Stypage mit Chlormethyl nach Bailly. Die interne Medikation hat nichts Rühmenswerthes: Strychnin gehört zu den absolut verwerfbaren Medikamenten, da es bei Tabetikern, wie bei Rückenmarksstörungen überhaupt, Kongestionen des Rückenmarkes verursacht und den entzündlichen Process wieder anfachen kann. Ergotin, von Brown-Séquard bei der Tabes warm empfohlen, ist erfolg- und zwecklos, das Argentum nitricum liefert auch keine guten Resultate, es stört dazu noch den Magen-Darmkanal; die Phosphorbehandlung, von D.-B. selbst früher empfohlen, lässt auch nichts hoffen. Von der antisyphilitischen Behandlung können auch nur wenige Pat. profitiren, meistens lässt sie im Stiche, in der präataktischen Periode ist die Aussicht besser. Die Nervendehnung hat auch keine Lorbeeren zu verzeichnen; wenn eine Besserung dadurch erzielt wird, ist es nur eine vorübergehende und in der Folge stehen schwere trophische Störungen zu erwarten. Die Suspension hat D.-B. bei 25 Pat. versucht, bei den meisten derselben ein ziemlich gutes Resultat erzielt und bei 4 Pat. eine nachweisbare Besserung des ataktischen Ganges herbeigeführt. Um Täuschungen und Einbildungen in der Beobachtung zu vermeiden, benutzte D.-B. die von Marey und Demény angegebene Methode, welche in Folgendem besteht: Am Kopf, an den Schultern, der Hüfte, dem Knie und den Tibiotarsalgelenken der schwarz geklei-

deten Pat. werden elektrische Lichter angebracht; macht man nun, während die Pat. vor einem dunklen Hintergrunde vorbeigehen, nach einander eine Anzahl von Momentaufnahmen, so werden auf den Bildern die Lichter als helle Punkte sich markiren; die Verbindung dieser hellen Punkte giebt vollkommen die exakte Darstellung des Ganges der Pat. Durch Vergleich mit den auf die nämliche Weise gewonnenen Gangbildern normaler Leute lässt sich sehen, in welcher Weise der Tabetiker sich dem normalen Bilde nähert. Die Besserung erfolgt meist in den ersten 14 Tagen der Suspension und bleibt dann meistens stationär. Nachtheile hat D.-B. selbst nicht gesehen. Bei anderen Rückenmarksleiden ist die Suspensionsmethode unsicher; ein Fall von spinaler Epilepsie und Ataxie wurde außerordentlich gebessert. Die Wirkung der Suspension liegt in der Dehnung, vorwiegend des hinteren Theiles des Rückenmarkes, wodurch eine Modifikation in der Ernährung des Rückenmarkes Platz greife. Die Größe des Zuges sollte durch ein Dynamometer gemessen werden.

Prior (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **F. D. Boyd.** Case of congenital absence of the rectum; colotomy; autopsy.

(Edinb. med. journ. 1889. December.)

Ein neugeborener Knabe ohne Afteröffnung wird zur Untersuchung gebracht. Urethra und Penis sind normal, aber Mekonium und Flatus gehen durch die Urethra ab. Vom After keine Spur, nicht einmal eine Depression an der gewöhnlichen Stelle. Eine 2 Zoll tiefe Incision gegen die Steißbeinspitze liefert kein Resultat. Am 3. Tage wird in der Leistengegend die Kolotomie gemacht, nach Zurückdrängen des vorliegenden Dünndarmes das von letzterem nur der Lage nach zu unterscheidende Colon in die Bauchwunde eingenäht. Trotz anfänglich günstigem Heilungsverlauf stirbt das Kind am 10. Tage nach der Operation.

Bei der Sektion findet sich eine birnförmige Blase, die bis auf $^3/_4$ Zoll an den Nabel heranreicht, mit 1 cm dicken Wänden. Das Kolon ist unterhalb des künstlichen Afters kontrahirt und am Übergange des S romanum in das Rectum mit der Hinterwand der Blase verwachsen. Von einer blindsackartigen Erweiterung oberhalb der Adhäsion gelangt ein Katheter leicht in den Fundus der Blase. Eine sonstige Öffnung des Darmes fehlt. Ureteren beträchtlich erweitert, wahrscheinlich in Folge des hohen Druckes in der Blase vor Eröffnung des Darmes.

Von den 120 Fällen, in denen Missbildung des Rectum beobachtet ist, beziehen sich nur 28 auf eine Kommunikation des Darmes mit der Blase oder Urethra — meist mit der Pars membranacea der letzteren; nur 3mal mündete der Darm in die Blase. Die Kinder überstanden die Operation nur wenige Tage.

Eisler (Halle).

13. **Vámos.** Ein Fall von Stenosis ostii arteriae pulmonalis.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 23.)

Die bekannte Thatsache, dass die fötale Endocarditis im Gegensatze zu derjenigen nach der Geburt und im späteren Lebensalter am Endokard des rechten Herzens sich verbreite, findet im vorliegenden Falle wiederum eine Bestätigung. Es handelte sich um ein $6^1/_2$jähriges Mädchen, welches bis vor einem halben Jahre ganz gesund gewesen sein sollte, seitdem aber in hohem Grade abmagerte, hustete und oft blutiges Sputum expektorirte. Die Untersuchung ergab ein langgezogenes, blasendes, systolisches (übrigens auch palpables) Geräusch,

welches sehr weithin am Thorax und selbst am Rücken zu hören war, besonders aber an der Herzspitze und am stärksten im 2. und 3. Intercostalraum links in der Parasternallinie. Hier an dieser letzteren Stelle war es nicht blasend, sondern rauh und schnurrend, und der 2. Ton, der sonst überall rein war, wurde hier von einem feinen, blasenden Geräusch begleitet. Außerdem bestand Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, Trommelschlägelfinger, Eiweiß im Urin und eine käsige Infiltration beider Lungen. Die Diagnose, durch die Sektion bestätigt, lautete: Phthisis pulmonum und angeborene Pulmonalstenose, wahrscheinlich durch fötale Endocarditis bedingt, die aber nach der Geburt während des Lebens sich fortsetzte. Eine kongenitale, komplicirte Bildungsanomalie wurde ausgeschlossen, weil das Kind ein relativ vorgeschrittenes Alter erreicht und bis dahin (bis zum Auftreten der Lungenerscheinungen) nur wenig Erscheinungen von Seiten des Herzens geboten hatte. Eine in vivo acquirirte Endocarditis konnte ebenfalls nicht in Betracht kommen, weil anamnestisch keine Gründe für das Vorhandensein einer akuten Endocarditis nach der Geburt erlagen und weil der Sitz am rechten Endokard sich befand. Anderseits waren die Stenose sowohl, wie die Hypertrophie des rechten Ventrikels so enorm, dass man annehmen musste, dass der Process auch post partum sich fortsetzend, allmählich bis zu dem auf dem Sektionstische nachgewiesenen Grade gelangte. Die Lungentuberkulose erschien als Folge der Pulmonalstenose, wodurch die Lunge nicht genügend ernährt wurde, ein Zusammenhang, auf welchen Leyden hingewiesen hat. Hinter der Stenose fand sich übrigens eine cylindrische Dilatation der Pulmonalarterie, bedingt durch den starken Druck des Blutes (in Folge der Ventrikelhypertrophie und der Verengung seiner Bahn) und die hinter der Stenose eintretende Verlangsamung der Stromgeschwindigkeit.

Rosin (Breslau).

14. **S. Sanson.** Di una modificazione allo stetoscopio.

(Segno 1890. Februar.)

Bei mageren Individuen mit tiefen Intercostalräumen, eben so bei Empfindlichkeit der Thoraxwandung oder Hypersensibilität der Haut macht es Schwierigkeit, das Stethoskop exakt aufzusetzen. S. hat sich desswegen einen weichen Gummiring in Gestalt eines Miniaturluftkissens konstruiren lassen, derart, dass er nach Art eines Handschuhfingers an die Extremität eines jeden Stethoskops befestigt werden kann. Er bezeichnet die Vorrichtung — zu haben bei E. Gabbrielli, Florenz, Via Bufalini 25 — als »Hypostethoskop« und giebt an, dass durch dieselbe die akustischen Wahrnehmungen deutlicher werden.

A. Freudenberg (Berlin).

15. **E. Schwab.** Bericht von der innerlichen Abtheilung der Katharinenhospitals in Stuttgart über das Jahr 1888.

(Württemberg. med. Korrespondenzblatt 1889. No. 31 u. 32.)

Aus der manches Interessante bringenden Kasuistik ist folgender Fall von intermittirender Hydronephrose besonders bemerkenswerth.

Ein 19jähriger Maurergeselle, der im 12. Lebensjahre Typhoid gehabt hatte, kam ins Hospital mit Klagen über sehr heftige Leibschmerzen und mit der Angabe, dass er seit 14 Tagen keinen Stuhlgang habe. Man fand (am 21. April) starke Auftreibung des Leibes, keine auffallende Druckempfindlichkeit, in der Gegend des Colon ascendens eine länglichrunde, 15 cm lange und 5 cm breite Resistenz, die auch äußerlich als leichte Hervorwölbung sichtbar war. Auf Abführmittel und einfache Klystiere trat zunächst keine Wirkung ein, und so wurden am nächsten Tage durch ein in den Mastdarm hoch hinauf geführtes elastisches Rohr 3—4 Liter mit Öl gemengten lauen Wassers eingegossen, flossen aber fast sofort wieder ab. Bald traten Collapserscheinungen ein und anscheinend auch die Symptome einer Perforationsperitonitis: »Ascites, Meteorismus, ausgesprochenes Succussionsgeräusch, Verschwinden der Leberdämpfung«. Nach einer subkutanen Morphiuminjektion hob sich der Puls wieder und Pat. ließ 3 Liter hellen, klaren Urins, nach einigen Stunden noch 2 Liter. Der vermeintliche Ascites schwand fast ganz

wieder; das Succussionsgeräusch war vermuthlich in dem stark ausgedehnten Colon entstanden. Am nächsten Tage (23. April) klagte Pat. nur noch über ein mäßiges Druckgefühl im Unterleibe; Flüssigkeit im Bauche war nicht mehr nachweisbar. Nach wiederholten Dosen von Ricinusöl und Kalomel gingen beträchtliche Kothmassen ab; Pat. blieb ohne Beschwerden, bekam Appetit. Am 25. April waren in der Ileocoecalgegend noch feste Tumormassen zu palpiren; am 30. April wurde Pat. aus dem Hospital entlassen.

Verf. deutet obigen Fall als intermittirende Hydronephrose, bedingt durch vorübergehende Kompression oder Knickung des Ureters in Folge anhaltender Kothanhäufung im Dickdarm. **Küssner** (Halle).

16. **F. Cimbali.** Cancro primitivo della testa del pancreas.

(Sperimentale 1889. September.)

Sehr genaue Beobachtung eines Falles von primärem Krebs des Pankreaskopfes mit sekundärem Pyloruskrebs, consecutiver Pylorusstenose und Gastrektasie; Ikterus als Folge der Kompression des Ductus choledochus durch den primären Tumor.

G. Sticker (Köln).

17. **Klein.** Wandermilz im kleinen Becken.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 44.)

Bei einer 65jährigen Frau, welche in Folge eines akuten Lungenleidens starb, ergab die Obduktion, dass die stark vergrößerte Milz mit der Konvexität nach unten in die Excavation vesico-uterina hinabhing und durch ein Ringpessar von der Scheide aus gestütz wurde, während der Uterus in Retroposition dem Kreuz-Steißbeine angepresst war. Wahrscheinlich war die Wandermilz für den Uterus gehalten und durch das Pessar gestützt worden.

Bei dem Zustandekommen dieser Wandermilz musste starkes Schnüren eine bedeutende Rolle gespielt haben, denn es fand sich eine tiefe Schnürfurche der Leber, die so verschoben war, dass die Längsachse des rechten Lappens ganz vertikal verlief, außerdem schienen auch Magen und Quercolon nach unten gesunken.

Seifert (Würzburg).

18. **Lemoine.** Contribution à l'étude de la contagion de la dysenterie.

(Lyon méd. 1889. No. 51—52.)

L. tritt entschieden für die direkte Kontagiosität der Dysenterie ein, in dem Sinne, dass die Ansteckung durch Partikelchen der Stuhlausleerungen hervorgerufen werde und dass die Übertragung auf die Schleimhaut des Mastdarmes stattfinde. Er meint, wenn man Fälle ins Auge fasse, wo anderweitig Kranke in Hospitälern sich mit Dysenterie inficirten, sei überhaupt jede andere Erklärung ausgeschlossen; größere Epidemien resp. Endemien seien natürlich nicht geeignet, derartige Fragen zu entscheiden. Zum Beweise führt er 5 Fälle an, die ganz gleichartig sind und in den Hospitälern von Oran und Lyon beobachtet wurden. Allemal handelte es sich um Erkrankungen von Leuten, die wegen anderer Leiden im Hospital lagen; in den großen, gut gelüfteten Krankensälen waren immer nur wenige Dysenteriekranke. Es ließ sich jedes Mal nachweisen, dass die im Hospital Inficirten die Nachtstühle der Dysenteriekranken benutzt hatten; bei einem Kranken war dies nicht direkt der Fall, sondern die dysenterischen Ausleerungen waren Tags zuvor in den von diesem benutzten Nachtstuhl geschüttet worden. (Welcher Art die Nachtstühle sind, ist nicht gesagt.) Stets handelte es sich um eine nur 24stündige oder ganz wenig längere Frist zwischen der »Infektion« auf dem Nachtstuhl und dem Beginn der Erkrankung.

Küssner (Halle).

19. **A. Fournier.** Die Chancen der tertiären Syphilis.

(Congrès intern. de dermatol. et syphilogr. tenu à Paris. August 1889.)

(Annal. de dermatol. et syph. 1889. No. 12.)

F. stützt seine Schlüsse auf Erfahrungen, die er binnen 29 Jahren an 2600 Fällen von Syphilis gemacht hat.

Die Fragen, die er sich stellt, sind folgende:

1) In welcher Zeit tritt die tertiäre Syphilis auf? Ein Material von 2395 Fällen giebt darauf folgende Antwort:

a) Die relative Häufigkeit der tertiären Syphilis steigt erheblich vom 1. bis 3. Jahr nach der Erkrankung.

b) Sie erreicht ihren Höhepunkt im 3. Jahr.

c) Vom 4.—11. Jahr fällt sie gleichmäßig schnell, hält sich aber immer noch auf gewisser Höhe.

d) In den folgenden 10 Jahren fällt sie noch langsamer.

e) Darüber hinaus, also vom 21.—30. Jahr ist sie gleichmäßig niedrig, d. h. die tertiäre Syphilis ist selten.

f) Noch weiter, d. h. mehr als 30 Jahre nach der Erkrankung ist die tertiäre Syphilis geradezu eine Ausnahme, eine außerordentliche Rarität.

Das numerische Maximum liegt also in den ersten Jahren nach der Erkrankung.

2) Welche Erkrankungen kommen bei der tertiären Syphilis vor und in welcher relativen Frequenz?

	Tertiäre Syphilide	787 Fälle
	Subkutane Gummata	128 »
	Tertiäre Erkrankung der Genitalien	157 »
	» » » Zunge	152 »
	» » des Gaumens	179 »
	» » » Pharynx	71 »
	Erkrankungen anderer Schleimhäute	30 »
	» der Knochen	336 »
	» d. Nasenskeletts u. d. Os palat.	173 »
	Arthropathien	14 »
	Sehnengummata	3 »
	Muskelgummata	12 »
	Erkrankungen des Verdauungskanals	4 »
	Syphiloma ano-rectale und Rectalstriktur	5 »
	Erkrankungen des Pharynx u. der Trachea	23 »
	» der Lunge	14 »
	» des Herzens	2 »
	» der Aorta	6 »
	» » Leber	9 »
	» » Niere	9 »
	» des Hodens	145 »
	» » Auges	69 »
	» » Gehörorgans	8 »
Nervensystem	Gehirnsyphilis	461 »
Nervensystem	Cerebrospinalsymptome	11 »
Nervensystem	Monoplegie	3 »
Nervensystem	Syphilis medullaris	77 »
Nervensystem	Tabes	355 »
Nervensystem	» cerebrospinalis	45 »
Nervensystem	Muskelatrophien	19 »
Nervensystem	Allgemeine Paralyse	32 »
Nervensystem	Geistesstörung	9 »
Nervensystem	Augenlähmungen	57 »
Nervensystem	Hemiplegia facialis	13 »
Nervensystem	Verschiedene Nervenerkrankungen	3 »
	Verschiedenes	8 »
		3429 Fälle

Was an dieser Tabelle am meisten frappirt, ist die enorme Zahl (Sa. 1075) von Erkrankungen des Nervensystems; F. meint nicht, dass alle diese Erkrankungen als syphilitische zu betrachten seien; doch stehen sie mit der überstandenen Syphilis sicher in kausalem Zusammenhang.

Was die große Anzahl nervöser Erkrankungen betrifft, so giebt F. an, dass er bei der Zusammenstellung der Zahlen selbst von dieser Frequenz, die er nicht vermuthet habe, aufs höchste überrascht gewesen sei. **A. Blaschko** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

20. **Baumgarten.** Jahresbericht über die Fortschritte der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 4. Jahrgang. 1888. 2 Theile.

Braunschweig, **Harald Bruhn,** 1889/90. 587 S.

Der unermüdliche Fleiß des Verf. hatte es ihm ermöglicht, die drei ersten Jahrgänge dieses Berichtes allein zu bearbeiten und durch die Sorgfalt und Einheitlichkeit der Darstellung dem Unternehmen einen so festen Boden zu schaffen, dass nun, nachdem neue Berufspflichten an ihn herangetreten sind, eine Anzahl anderer Mitarbeiter herangezogen werden konnte, ohne dass dadurch die Vorzüge des Berichtes eine Schädigung erfuhren. Abgesehen von dem verzögerten Erscheinen des neuen Jahrganges, welches eine unvermeidliche Folge der Übersiedelung und veränderten Thätigkeit B.'s ist, unterscheidet sich auch der diesmalige Bericht in Nichts von seinen Vorgängern. Er verdankt dies zu einem nicht geringen Theil dem Umstande, dass der Verf., welchem, wie gesagt, eine stattliche Anzahl von Mitabeitern jetzt helfend zur Seite getreten ist, selbst die Regie in den Händen behielt, die Aufeinanderfolge der Referate nach eigenem Plane geordnet und auch die Mühe nicht gescheut hat, thätig an den meisten Kapiteln mitzuarbeiten. Einzelne dieser, wie z. B. das des Tuberkelbacillus, sind sogar in ihrem allergrößten Theil von ihm allein geschrieben. Einen besonderen Zuwachs hat diesmal der Abschnitt »allgemeine Mikrobiologie« erfahren, wodurch der Umfang des Berichtes gegenüber dem vorhergehenden fast um ein Fünftheil gewachsen ist. Im Interesse der besseren Übersicht wurde der in Rede stehende Abschnitt in 5 Unterabtheilungen gegliedert, welche auf einander folgend behandeln: a) die allgemeine Morphologie und chemische Zusammensetzung der Mikroorganismen, b) deren allgemeine Biologie, c) ihr allgemein pathologisches Verhalten und die allgemeine Infektionslehre; d) Vorkommen und Bedeutung der Mikroorganismen auf der äußeren und inneren Körperoberfläche, e) Vorkommen und Verhalten der Mikroorganismen in der Außenwelt. — Das Princip, überall dort, wo es einigermaßen angebracht erscheint, kritische Bemerkungen unterhalb des Textes einzufügen, ist nach dem Vorbilde des Herausgebers in den früheren Berichten von den verschiedenen Referenten gleichfalls beibehalten worden und sogar da, wo die letzteren sich zurückhaltend zeigten, hat B. es sich nicht nehmen lassen — natürlich unter Namenshinzufügung — des öftern seinen eigenen Standpunkt und sein Urtheil zu markiren. Selbst wem die Kritik nicht allenthalben behagen sollte, wird zugeben müssen, dass dadurch die Darstellung gewürzt, das Nachdenken angeregt und die Diskussion strittiger Punkte gefördert wird. So bleibt uns unter nochmaliger Anerkennung des durchaus gelungenen Werkes nichts weiter übrig, als dem Herausgeber und den vielen Lesern zu wünschen, dass die folgenden Jahrgänge auch unter den neuen Bearbeitern mit eben solcher Promptheit erscheinen mögen wie die ersten drei, von B. allein publicirten.

A. Fraenkel (Berlin).

21. **Souza-Leite.** De l'acromégalie. Maladie de P. Marie.

Paris, **Lecrosnier et Babé,** 1890. 311 S.

Es ist in den letzten Jahren so viel über die Akromegalie geschrieben worden, dass eine genaue und ausführliche Zusammenstellung aller bekannten Fälle Manchem ganz erwünscht sein wird. Diesem Wunsche wird der Verf. gerecht. Aus allen den bis zur Veröffentlichung des Buches mitgetheilten Fällen, die nahezu

zwei Drittel des Werkes einnehmen, hat Verf. diejenigen Angaben ausgewählt, die zur detaillirtesten Schilderung des Krankheitsbildes der Akromegalie in Bezug auf Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf, Prognose, pathologische Anatomie, Pathogenese, Differentialdiagnose und Therapie dienen konnten. Diese Schilderung ist recht gelungen, obwohl sie durchaus keinen Anspruch darauf machen kann, irgend wie neues Licht auf die vielen noch strittigen Punkte geworfen zu haben. Ohne den Versuch einer Kritik, wie es Marie in seinen letzten Publikationen gegen einzelne nach ihm fälschlich als Akromegalie ausgegebene Beobachtungen unternommen, giebt der Verf. lediglich ein Extrakt aller Fälle und schließt sich in den Punkten, wo es sich, wie z. B. in der Pathogenese, um subjektive Urtheile handelt, ohne Weiteres den Ansichten seines Lehrers Marie an.

Die Reproduktion der zahlreichen, den citirten Autoren entlehnten Abbildungen, ist zwar nicht schön, kann aber dem Zwecke des Buches genügen.

A. Neisser (Berlin).

22. **Penzoldt.** Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung für Ärzte und Studirende. Zweite veränderte Auflage.

Jena, **G. Fischer,** 1890. 268 S.

Noch vor Ablauf einer Jahresfrist ist die 2. Auflage dieses Lehrbuches erschienen, dessen Vorzüge wir bereits bei früherer Gelegenheit eingehend gewürdigt haben. Es will mit keinem der gebräuchlichen Arzneimittellehrbücher konkurriren, sondern ist vom Verf. in der Absicht geschrieben worden, den Studirenden und Arzt mit der klinischen Anwendungsweise der einzelnen Medikamente und ihrem Werthe bei der Behandlung der Krankheiten vertraut zu machen. Ein derartiges Buch, in kompendiöser und dabei doch klarer Darstellung von einem Kliniker verfasst, fehlte bisher in unserer Litteratur. Dass es einem Bedürfnis entspricht, lehrt uns eben die allgemeine Anerkennung, die dem P.'schen Werke gezollt wird. In die neue Auflage hat der Verf. die während des letzten Jahres hinzugekommenen Arzneimittel, wie Chloralamid, Exalgin, Methacetin, Theobromin, Orexin etc. mit aufgenommen und durch Hinzufügung einer Anzahl von Receptformeln den von einigen Seiten an ihn herangetretenen Wünschen Rechnung getragen. Auch sonst noch konstatiren wir manche Zusätze und Änderungen, welche insgesammt davon Zeugnis ablegen, dass Verf. aus eigener Erfahrung und Anschauung schöpft und dass hier nicht bloß die Angaben Anderer referirend zusammengetragen sind.

A. Fraenkel (Berlin).

23. **F. Roux** (Paris). Formulaire aide-mémoire de la faculté de médecine et des médecins des hopitaux de Paris.

Paris, **G. Steinheil,** 1890.

Der Zweck des vorliegenden in Taschenformat erschienenen Büchelchen ist, den Praktikern in vorkommenden dringenden Fällen eine schnelle Orientirung über ein geeignetes therapeutisches Verfahren zu geben. Zu diesem Behufe sind die einzelnen Krankheiten alphabetisch geordnet und jeder die von einem oder mehreren bekannten Pariser Klinikern empfohlene Behandlung mit kurzen aber präcisen Worten beigefügt. Für den deutschen Arzt liegt der Hauptwerth des kleinen Werkes darin, dass es ihm ermöglicht, ohne große Mühe ein Bild von dem in vieler Beziehung mit den unseren übereinstimmenden, aber auch in so manchen Punkten abweichenden therapeutischen Anschauungen der Pariser Schule zu gewinnen.

A. Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 34. **Sonnabend, den 23. August.** **1890.**

Inhalt: 1. **Argutinsky,** 2. Derselbe, 3. **Bleibtreu,** Stickstoffumsatz. — 4. **L. Hermann,** Darmphysiologie. — 5. **Neuenkirchen,** Specifisches Gewicht von Trans- und Exsudaten. — 6. **Hayem,** Urobilinurie. — 7. **Löffler,** Bakteriengeißeln. — 8. **Geppert,** Desinficirende Methoden. — 9. **Escherich,** Milchsterilisirung. — 10. **O. Müller,** Kindertuberkulose. — 11. **J. C. Wilson,** Behandlung des Scharlachs durch Chloral. 12. **Kübler,** Filter Chamberland-Pasteur. — 13. **Platania,** Einfluss des Nervensystems auf Infektionen. — 14. **Geisler,** Eiweißbestimmung nach Esbach und Christensen. — 15. **Lenhartz,** Herzfehlerzellen. — 16. **Sciamanna** und **Torti,** Gehirnpulsationen bei Lageveränderungen. — 17. **Occhipinti,** Pulsus paradoxus. — 18. **Franck,** 19. **Holz,** Venenpuls. — 20. **Moscarelli,** Pleuritis pulsans. — 21. **Fleiner,** Addison'sche Krankheit. — 22. **Gilles de la Tourette** und **Cathelineau,** Urin bei Morbus Basedowii. — 23. **Déjerine,** Pleuritis bei Muskelatrophie von Hemiplektikern. — 24. **Starr,** Hirntumoren bei Kindern. — 25. **Brig,** Fluorwasserstoffsäureinhalationen bei Keuchhusten. — 26. **Möser,** Weigert'sche Heißluftinhalationen bei Phthise. — 27. **Barral,** Illicium parviflorum. — 28. **Borsari,** Kohlenoxydvergiftung. — 29. **White,** Chromsäurevergiftung bei äußerlicher Applikation.

1. P. Argutinsky. Muskelarbeit und Stickstoffumsatz.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. p. 552—580.)

2. Derselbe. Über die Stickstoffausscheidung durch den Schweiß bei gesteigerter Schweißabsonderung.

(Ibid. p. 594.)

3. L. Bleibtreu. Über den Einfluss der Muskelarbeit auf die Harnstoffausscheidung.

(Ibid. p. 601.)

Im Gegensatze zu den Angaben Voit's u. A. findet A. (bezüglich der Methode muss auf das Original verwiesen werden), dass eine mehrstündige Bergbesteigung eine bedeutende Steigerung der Stickstoffausscheidung in dem Harne zur Folge hat, die mindestens 3 Tage andauert. Die Vertheilung der Mehrausscheidung von Stickstoff auf diese 3 Tage fällt verschieden aus. Entweder a) ist der Zuwachs an

N am Tage nach der Bergbesteigung nur gering, dagegen ganz bedeutend am folgenden und dem nächstfolgenden Tage; oder b) die vermehrte Ausscheidung von N wird hauptsächlich an den ersten 2 Tagen beobachtet, während sie am 3. Tage viel geringer wird. Die nach einer Bergbesteigung auftretende vermehrte N-Ausscheidung wird auch dann nicht ganz unterdrückt, wenn man am Besteigungstage die doppelte Quantität der zur Arbeitsleistung theoretisch erforderlichen Zuckermenge einnimmt. Berechnet man aus der Mehrproduktion des N die Quantität Eiweiß, die im Körper in Folge der Bergbesteigung mehr zersetzt worden ist, so findet man, dass durch die Verbrennung desselben zu Harnstoff gegen 75—100% der Bergbesteigungsarbeit geleistet werden kann.

Verf. sieht in seinen Versuchsergebnissen eine Bestätigung des von Pflüger aufgestellten Satzes, dass das Eiweiß die wesentliche Quelle der Muskelkraft ist und in der Eiweißzersetzung die Quelle der Muskelkraft liegt, wodurch Verf. jedoch die Betheiligung N-loser Substanzen in zweiter Linie bei der Muskelthätigkeit nicht vollständig in Abrede stellen will[1]. —

Im Anschluss an die vorausgehende Untersuchung findet Verf., dass durch den Schweiß nicht zu vernachlässigende Mengen von N den Körper verlassen können. Die folgende Tabelle giebt die Resultate zweier Dampfbadversuche; im Versuche A wurden 225 ccm, im Versuche B 330 ccm Schweiß gesammelt.

		InProcent	Total
I. Der Gesammtstickstoff	A	0,110	0,2475
	B	0,0774	0,2555
II. Der N des Harnstoffes	A	0,0753	0,1694
	B	0,0580	0,1914
III. Der aus II berechnete Harnstoff . .	A	0,161	0,363
	B	0,124	0,410
IV. Das gesammte präformirte Ammoniak .	A	0,0042	0,0095
	B	0,0055	0,0181

Vom Gesammtstickstoff sind {A 68,5%, B 74,9%} im Harnstoff

» » » {A 31,5%, B 25,1%} nicht im Harnstoff.

Bei 4 Spaziergängern (I, II, III, IV) wurde in vorher vorbereiteter Flanell- und Wollwäsche gefunden:

I. 759,5 mg Stickstoff = 4,7% des durch die Nieren ausgeschiedenen N.
II. 753,5 mg N.
III. 375 mg N } Bei den beiden letzten Spaziergängen wurde entsprechend
IV. 219,3 mg N } der Jahreszeit (Herbst) wenig geschwitzt. —

Die von Argutinsky (s. o.) auf ihren Gesammtstickstoffgehalt untersuchten Harne hat B. auf ihren Harnstoffgehalt geprüft. Die Vergleichung der beiden Untersuchungen ergiebt, dass die Harnstoffproduktion an den beiden Arbeitstagen (Bergbesteigungen), so wie an den nächstfolgenden Tagen eine deutliche Steigerung

[1] Die Ursache des Widerspruches der A.'schen Versuche mit den Ergebnissen Voit's und die Nichtberechtigung des aus ihnen abstrahirten obigen Satzes ist neuerdings von J. Munk (Verhandl. d. Berl. physiol. Gesellsch. in Du Bois' Archiv f. Physiol. Jahrg. 1890) dargethan worden. Red.

erfahren hat, die ungefähr derjenigen des Gesammtstickstoffes parallel verläuft. Nur ergab sich für den ersten Arbeitstag, dass 20% des Gesammtstickstoffes, welcher durch den Harn ausgeschieden war, nicht in Harnstoff, sondern in anderen N-haltigen Körpern enthalten waren, während an den übrigen Versuchstagen die Werthe des nicht in Harnstoff enthaltenen N zwischen 13,1 und 16,4% schwanken. Der zweite Arbeitstag ergab keine so eklatanten Resultate. **Löwit** (Innsbruck).

---

4. **L. Hermann.** Ein Versuch zur Physiologie des Darmkanales.
(Pflüger's Archiv Bd. XLVI. p. 43.)

Bei einer Reihe großer Hunde wurde die Bauchhöhle unter antiseptischen Kautelen geöffnet, eine Schlinge aus der Kontinuität getrennt, der übrige Darm vernäht, die Schlinge gereinigt, durch eine zweite Naht ringförmig geschlossen und in die Bauchhöhle reponirt. Von 10 Hunden blieben 3 längere Zeit am Leben. Bei 2 von diesen Thieren, die in der 3. und 4. Woche nach der Operation getödtet wurden, fand sich der ganze Ring mit einer festen, grünlich-grauen, täuschend wie Fäces, namentlich solchen Ikterischer, aussehenden Masse erfüllt, die sich in Würsten wie Koth herausdrücken ließ. Der Geruch war etwas an Fäces erinnernd. Das Gewicht betrug ca. 60 g auf 45 cm Länge des Ringes. Bei dem 3. Hunde, der an Peritonitis starb, fand sich eine grünlich-graue Gallerte im Darmringe.

Die Reaktion der Masse war schwach alkalisch, sie gab die Millon'sche Reaktion, enthielt Fetttröpfchen und nadelförmige Krystalle. Es handelt sich hier jedenfalls um Darmsekret, das durch Resorption der flüssigen Bestandtheile eingedickt worden ist. Bei der beträchtlichen Menge, in der dieses Darmsekret abgesondert wurde, müsste es nach H. einen wesentlichen, ja den Hauptbestandtheil der Fäkalmassen ausmachen, die Konsistenz der Fäces bedingen und würde damit also eine neue Wirkung des Darmsekretes hervortreten. **Leubuscher** (Jena).

---

5. **E. Neuenkirchen** (Riga). Über die Verwerthbarkeit des specifischen Gewichtes und des Eiweißgehaltes pathologischer Trans- und Exsudate zur klinischen Beurtheilung derselben.
(Petersburger med. Wochenschrift 1889. No. 13. — Dorpat, Inaug.-Diss., 1889.)

Verf. stellte sich die Aufgabe, an der Hand eines verhältnismäßig reichhaltigen Materials die Frage zu entscheiden, ob den verschiedenen Trans- und Exsudaten der serösen Körperhöhlen ein je nach ihrer Natur und Entstehung verschiedenes, charakteristisches spec. Gewicht zukommt und ob sich aus dem spec. Gewicht der durch Punktion entleerten Flüssigkeiten folgern lässt, welchen Ursprungs und welcher Art dieselben sind. Zu diesem Zwecke stellte er die in den Jahren 1882—1888 im Rigaer Krankenhause in 268 Fällen notirten Beobachtungszahlen zusammen; das spec. Gewicht war in diesen Fällen stets aräometrisch bestimmt worden.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich nur auf die Verwerthbarkeit des spec. Gewichtes; über seine bezüglich der Verwerthung des Ei-

weißgehaltes angestellten Untersuchungen will Verf. demnächst berichten.

Die Resultate sind in den folgenden beiden Tabellen zusammengestellt:

I. Peritoneale Trans- und Exsudate.

Krankheitsprocess	Maximum des spec. Gew.	Minimum des spec. Gew.	Mittel	Zahl der Einzelbeobachtungen
Morbus Brightii	1007	1005	1006	2
Morb. Brightii — Cirrh. hepatis	1009	1006	1007	7
Cirrhos. hepatis	1014	1006	1008,4	29
Cirrhos. hepatis — allgem. venöse Stase	1014	1007	1010	4
Allgem. venöse Stase	1016	1007	1012,4	28
Cirrh. hepatis — leichte Peritonitis	—	—	1014	1
Carcinoma hepatis	1015	1012	1014	4
Carcinomat. Peritonitis	1022	1014	1017,7	34

II. Pleurale Trans- und Exsudate.

Krankheitsprocess	Maximum des spec. Gew.	Minimum des spec. Gew.	Mittel	Zahl der Einzelbeobachtungen
Morbus Brightii	1010	1005	1006,9	36
Allgem. venöse Stase	1006	1007	1012,2	21
Carcinomat. Pleuritis	1022	1014	1017,4	11
Pleuritis tuberc. et idiop.	1022	1014	1018	29
Pleuritis purulenta	1022	1021	1021,3	4

Es ergiebt sich aus den Tabellen, dass die Höhe des spec. Gewichtes in der That diagnostisch verwerthet werden kann, wenn man auch kaum jemals auf das spec. Gewicht hin mit Sicherheit sagen kann, welcher Process vorliegt; vielmehr wird man innerhalb gewisser Grenzen verschiedene Möglichkeiten in Betracht zu ziehen haben. Prognostisch dürfen die Änderungen des spec. Gewichtes bei wiederholten Punktionen nur mit großer Vorsicht verwerthet werden. Im Allgemeinen ist das Sinken des spec. Gewichtes in solchen Fällen von übler prognostischer Bedeutung.

A. Freudenberg (Berlin).

---

6. **Hayem.** Sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 144.)

Für Lebererkrankungen geben Urinuntersuchungen bereits frühzeitig werthvolle Anhaltspunkte; besonders ist dabei auf die Pigmentbildungen zu achten, hauptsächlich das Urobilin, während bei Nierenaffektionen die Prüfung des Harns auf Eiweiß, Harnstoff, Harnsäure etc. wichtig ist. Beim Erwachsenen ist die Urobilinurie sehr häufig, wahrscheinlich weil selten die Leber ganz gesund ist, was mit den ungünstigen Ernährungsverhältnissen zusammenhängt. Länger andauernde, wenn auch schwache Urobilinurie deutet eine Anomalität der Leber an; das Urobilin ist das Pigment der Leberinsufficienz. H. hat unter folgenden Verhältnissen Urobilinurie beobachtet:

1) Im Anfang alkoholischer Cirrhose, oft das erste Zeichen.

2) Eben so bei Herzkranken, deren Leber nicht angeschwollen ist, kann sie allein Zeichen beginnender Lebererkrankung sein.

3) Bei vielen akuten Krankheiten, z. B. Typhus, welche Alkoholiker betreffen. Bei dieser Affektion ist eine große Menge Urobilins ungünstig für die Prognose.

4) Bei frisch Entbundenen und Stillenden.

5) Bei den meisten Kachexien.

Das Urobilin hat geringe Färbekraft; beim hochgestellten Urin (bei Fieber etc.) ist die dunkle Farbe meist nicht durch Urobilin, sondern durch Urochrom bedingt. **G. Meyer** (Berlin).

---

7. **Löffler.** Über die Beizung und Färbung der Geißeln bei den Bakterien.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 20.)

In Fortführung seiner an diesem Orte besprochenen Untersuchungen ist es L. geglückt, ein leitendes Princip für die Geißelfärbung zu entdecken und hierdurch ihr Gelingen dem Zufall zu entrücken. Er fand, dass die Färbung der Geißeln eine bestimmte, für die einzelnen Arten wechselnde Reaktion der Beize erfordert, und zwar scheint die Art und Stärke der Reaktion in umgekehrtem Verhältnis zu der bei der Züchtung gebildeten Säure- oder Alkalimenge zu stehen.

L. geht nunmehr so vor, dass zunächst auf sorgfältig gesäuberten Deckgläschen mit Leitungswasser Verdünnungen von Reinkulturen hergestellt, diese nach Lufttrocknen mit den Fingern durch die Flamme geführt und dann unter Erwärmung bis zur Dampfbildung $1^1/_2$—1 Minute lang gebeizt werden. Die Beize besteht aus 10 ccm Tanninlösung (20+80 Wasser), 5 ccm kalt gesättigter Ferrosulfatlösung, 1 ccm wässriger oder alkoholischer Methylviolett-, Wollschwarz-, oder am besten Fuchsinlösung, mit dem entsprechenden Zusatze von einer auf 1%iger Natronlösung eingestellten Schwefelsäure oder einer 1%igen Natronlauge. Dann wird nach Abspülung mit destillirtem Wasser und absolutem Alkohol bei Erwärmung 1 Minute lang gefärbt und wieder mit Wasser abgespült. Zur Färbung benutzt L. Anilinwasser, dem genügend festes Fuchsin zugesetzt ist; es kann noch verdünnte Natronlösung bis zur beginnenden Trübung zugefügt werden.

Während die Cholera- und andere Bakterien nur eine Geißel haben, zeigen die Spirillen und auch der Micrococcus agilis an den Enden Büschel von Geißeln. Letztere sitzen bei einzelnen Bakterien (z. B. dem Typhusbacillus) nicht nur an den Enden, sondern gehen von den verschiedensten Stellen des Körpers aus. Ihre Zahl scheint auch bei derselben Bakterienart zu wechseln, wobei allerdings zu bedenken ist, dass sie sich leicht von den Bakterien ablösen, so wie

sehr fragil sind. Bis 12 Geißeln wurden an einem Bacterium wahrgenommen.

Weitere interessante Details sind im Original nachzulesen.

H. Neumann (Berlin).

---

8. **J. Geppert.** Über desinficirende Mittel und Methoden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 11—13.)

G. führt seine für die Desinfektionslehre wichtigen Untersuchungen, über die wir schon einmal berichteten, in einer ausführlichen Untersuchung fort und zieht aus ihnen Folgerungen für die Praxis.

Er zeigt, dass man bei der Desinfektion zwei Fragen scharf von einander trennen muss: »1) Binnen welcher Zeit wird ein Infektionsträger, der in den Wirkungskreis eines desinficirenden Mittels gelangt, desinficirt? und 2) liegen in einem gegebenen Fall die Bedingungen so, dass die an einem Objekt haftenden Infektionsträger in den Wirkungskreis dieses Mittels gelangen können? Die erste Frage ist eine bakteriologische, die zweite eine chemische und physikalische.« Jene beantwortet sich für Sublimat (1‰), bezw. Karbolsäure (7%) dahin, dass Milzbrandsporen noch nach Einwirkung von Stunden bezw. von vielen Tagen infektiös sind, während eine Chlorlösung (0,2%) die Sporen in wenigen Sekunden tödtet.

Absolut genommen sind die Bakterien nicht widerstandsfähig. Die Schwierigkeit liegt vielmehr wesentlich in den in der zweiten Frage angedeuteten Verhältnissen und richtet sich nach der Dicke und Beschaffenheit der Schicht, in der die Infektionsträger liegen. Ein gutes Desinfektionsmittel muss daher nicht nur antiparasitisch wirken, sondern auch die Schicht sprengen, in welcher der Infektionsträger eingebettet ist. Letztere Möglichkeit variirt aber je nach der Art des zu desinficirenden Gegenstandes, je nachdem wir es z. B. mit einer undurchdringlichen Oberfläche zu thun haben oder mit einem Körper, welcher die Infektionsstoffe in sich anfnimmt, oder aber mit einem Körper, der, wie die Haut, in der Mitte zwischen beiden steht. Es giebt daher kein Desinfektionsmittel, welches sich unter allen Umständen bewährt.

Speciell für die Haut ist die Anwendung des Chlors am meisten zu empfehlen, weil es nicht nur am stärksten antiparasitisch wirkt, sondern auch die größte Gewähr für eine vollkommene Reinigung bietet. G. giebt mehrere auch praktisch versuchte Methoden für die Desinfektion der Hände an, von denen die erste absolute Zuverlässigkeit beanspruchen darf und einen Zeitaufwand von ca. 5 bis 10 Minuten erfordert.

Man taucht die Hände in eine koncentrirte wässrige Lösung von Gentianaviolett, dann eine halbe Minute in lauwarmes Wasser. Jetzt kommen sie abwechselnd, in Zwischenräumen von $^1/_4$ Minute, in eine milchig getrübte Chlorkalk- und eine 2—3%ige Salzsäurelösung, in denen sie jedes Mal mit Bürste oder Flanelllappen gereinigt werden. Nach 1—2 Minuten ist der größte Theil der Farbe

geschwunden, ein Zeichen, dass das Chlor an den meisten Stellen genügend tief eingewirkt hat. Die noch blauen Stellen (vor Allem das Nagelbett) werden bis zur völligen Bleichung weiter bearbeitet. Schließlich spült man die Hände in abgekochtem Wasser ab und trocknet sie. Will man ganz sicher gehen, so überzieht man nun noch einmal die Hände mit Chlorkalkpaste (100 Theile Chlorkalk auf 45 Wasser), hält sie in Salzsäurelösung und entfernt eventuell den Chlorgeruch durch Baden in einer Lösung von unterschwefligsaurem Natron und Eintauchen in abgekochtes Wasser.

Weniger langwierig und eingreifend ist es, wenn man die gründliche Reinigung der Hände vorausschickt und nur den letzten Theil der Procedur vornimmt: Einreiben mit Paste, Eintauchen in Salzsäure bis zur Lösung der Paste, dann noch besondere Bearbeitung der Nägel — oder aber statt Pastenanwendung nur 6—7mal abwechselnd Eintauchen in Chlorkalk- und Salzsäurelösung (das Weitere dann wie oben).

Es setzt diese Untersuchung nicht nur das altrenommirte, in den letzten Jahren aber wissenschaftlich verworfene Chlor wieder in seine Rechte ein, sondern zeigt auch, dass der Effekt der Desinfektion in erster Linie von einer möglichst geringen Dicke der zu desinficirenden Schicht, d. h. von möglichst intensiver vorgängiger Reinigung abhängt.

H. Neumann (Berlin).

---

9. **Escherich** (München). Über die Keimfreiheit der Milch nebst Demonstration von Milchsterilisirungsapparaten nach Soxhlet'schem Princip.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 45—48.)

Mehr und mehr beginnt die Anschauung sich Bahn zu brechen, dass die Bakterien vielfach die Ursache der Verdauungsstörungen im Kindesalter darstellen und dass der Säugling, den die natürlichen Vertheidigungsmittel gegen die Invasion der Bakterien in den Verdauungskanal im Stiche lassen, dazu bestimmt ist, die Milch in keimfreiem Zustande, gleich wie sie ihm an der Mutterbrust gereicht wird, zu genießen. Doch soll die dem Säugling gereichte Milch nicht nur frei von lebenden Bakterien, sondern auch frei von Zersetzungsprodukten, die jene darin zurückgelassen und frei von toxischen Stoffen sein, welche aus den Gährungsvorgängen im Darmkanal des milchspendenden Organismus stammen. Die Keimfreiheit wird ermöglicht durch die Einführung des Soxhlet'schen Princips der Sterilisirung; den letzten beiden Punkten kann durch Trockenfütterung der Kühe, Auskochen der Milchkübel, Waschen der Euter, größte Reinlichkeit beim Melken etc. Genüge geleistet werden. Um auch größeren Schichten der Bevölkerung eine solche keimfreie Milch gewähren zu können, empfiehlt sich in den Städten die Errichtung kommunaler Kindermilchanstalten oder Milchsterilisirungsanstalten, wie dies in mehreren großen Städten Deutschlands bereits geschehen

ist. Auch in München wurde unter Leitung des Verf. eine derartige Anstalt in das Leben gerufen, die jedoch auch nur immer einer beschränkten Anzahl von Familien zu Gute kommen wird, da der Preis der Milch für die ärmere Bevölkerung zu hoch kommt. Außerdem ist es ein berechtigter Wunsch jeder Mutter, die ihrem Kinde nothwendige Nahrung selbst zu bereiten, und in dem Soxhlet'schen Apparate ist auch das Mittel gegeben, in vollkommener Weise diese keimfrei zu machen und zu erhalten, vorausgesetzt, dass die verwendete Milch keine toxischen Stoffe enthält und in der Zeit zwischen dem Melken und der Ablieferung ins Haus keine weitgehenden Zersetzungen erlitten hat. Verf. hat nun das Soxhlet'sche Princip zur Konstruktion eines Apparates benutzt, der die Durchführung einer geregelten Ernährung, besonders auch der volumetrischen Ernährungsmethode erleichtern soll. Der Apparat wird in der vorliegenden Arbeit genau beschrieben und außerdem werden exakte Bestimmungen darüber angegeben, welche und wie viel Nahrung das Kind erhalten, wie die Nahrung zubereitet und wie dieselbe verabreicht werden soll. Die Details hierüber sind im Original nachzulesen. Exakte Versuche zeigten, dass dieser Apparat das Gleiche leistet, wie der Soxhlet'sche, der vor diesem noch den Vorzug voraus hat, neben der Keimfreiheit gleichzeitig auch eine den physiologischen Verhältnissen entsprechende Verabreichung der Milch zu ermöglichen. In der Aufstellung einer solchen tabellarischen genauen Vorschrift, die für die einzelnen Lebenswochen die nothwendigen Kuhmilch- und Wassermengen in einer unmittelbar praktisch verwerthbaren Form angiebt, liegt der große Werth dieser Arbeit.

Goldschmidt (Nürnberg).

10. **O. Müller.** Zur Kenntnis der Kindertuberkulose. (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 50—52.)

Die Berichte über die Eigenthümlichkeiten der Kindertuberkulose sind in der Litteratur sehr spärlich vorhanden und Verf. hat sich der Mühe unterzogen, zur Erforschung der Häufigkeit und des Verlaufs der Tuberkulose im Kindesalter das Material aus dem pathologischen Institut zu München nach dieser Richtung statistisch zu verwerthen. Bei 500 Kindersektionen, die vom Jahre 1881 bis Anfang des Jahres 1889 daselbst vorkamen, war in 150 Fällen, d. i. 30%, Tuberkulose als Todesursache nachweisbar und in 11,8% fanden sich die Merkmale der latenten Tuberkulose. Dieselbe ist im 1. Lebensjahre noch ziemlich selten, steigt von da ab rasch an und befällt hauptsächlich das Alter von 2—6 Jahren, nimmt vom 7. Jahre an schnell ab, um gegen das 13. Lebensjahr nochmals eine Zunahme der Frequenz zu erfahren, hier jedoch schon der Tuberkulose der Erwachsenen ähnlich werdend. Charakteristisch für die Entstehung und den Verlauf der Kindertuberkulose ist, dass hier im Gegensatz zu der der Er-

wachsenen das tuberkulöse Virus bei der Aufnahme durch die Respiration die Alveolarwand ohne jedwede Störung passirt und in die Bronchialdrüsen geführt wird; hier kann das Virus nun seine Infektiosität verlieren, der Process kann latent bleiben und als solcher verheilen, oder aber sich von hier aus weiter verbreiten. Die Generalisirung von diesem primären Herde aus wird hintangehalten durch die bei Kindern besonders regen Stoffwechselvorgänge, befördert durch allgemeine Schwächezustände, besonders im Gefolge von Masern, Scharlach, Pneumonie und Diphtherie. Die Verbreitung des Virus geschieht entweder in der Kontiguität oder mittels der Lymphbahnen oder Blutgefäße. Im ersteren Falle wird die Drüsenkapsel durchbrochen, es entstehen die bekannten Lymphdrüsenpackete oder centrale käsige Pneumonie, oder das Virus wird nach verschiedenen Lungenabschnitten aspirirt, wonach dann zerstreute käsig pneumonische Herde sich bilden. Die große Neigung zur Verkäsung ist überhaupt eine Eigenthümlichkeit der Kindertuberkulose. Gelangt das Virus in die Gefäße, so bildet sich zumeist eine Miliartuberkulose aus, wenn die Menge des in das Gefäß gelangten Infektionsstoffes sehr groß ist; ist sie gering, so werden nur einzelne Organe von verschiedenen Herden besetzt oder sie werden in verschiedenen Nachschüben ergriffen; am häufigsten befallen werden die Lungen, dann Milz, Pia, Leber, Nieren, Peritoneum, sehr selten Herz und Nebennieren; auch hier findet man sehr häufig neben der Knötchenbildung kleinere und größere käsige Knoten. Der Ausgangspunkt der Allgemeininfektion ist meist in den tuberkulösen Bronchialdrüsen zu suchen.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

11. **J. C. Wilson.** On the treatment of scarlet fever by chloral hydrate.

(Med. news 1889. December 14.)

W. hat in einer ausgedehnten Praxis seit 7 Jahren Chloralhydrat bei Scharlach angewandt und ist mit den Resultaten (die freilich nicht zahlenmäßig mitgetheilt sind) sehr zufrieden. Er hat zu dem Mittel aus verschiedenen gleich anzuführenden Gründen gegriffen und bemerkt, dass Kinder dasselbe auch im Allgemeinen sehr gut vertragen.

Im ersten Anfange der Krankheit giebt Verf. zunächst eine abführende Dosis Kalomel und bald hinterher Chloralhydrat in Quantitäten, die nach dem Alter und Kräftezustand der Kinder und selbstverständlich nach der Wirkung variiren; als ungefähre Durchschnittsdosis für 2—3jährige Kinder gelten 0,06—0,12, für ältere entsprechend mehr, alle 2—3 Stunden wiederholt. Die so häufig vorhandene Erregung soll beseitigt werden und einem ruhigen, zu Schlummer geneigtem Verhalten Platz machen; selbstverständlich darf die Darreichung des Mittels nicht bis zur Somnolenz fortgesetzt werden, schon darum nicht, weil die Pat. wo möglich Etwas genießen sollen.

Das Chloralhydrat wirkt außer aufs Gehirn hauptsächlich auf zwei beim Scharlach besonders gefährdete Organe: die Gaumen- und Rachengebilde und die Nieren; Ersteres ersieht man daraus, dass in so behandelten Fällen die Rachenaffektion wesentlich geringer ist, Letzteres aus dem fast konstanten Fehlen der Albuminurie; es handelt sich wahrscheinlich um antiseptische Wirkungen des Chloralhydrats. (Bemerkt sei aber, dass Verf. konsequente Lokalbehandlung der Rachenorgane durch Einspritzungen in die Nase etc. dringend empfiehlt.) In den oben erwähnten Dosen übt das Chloralhydrat keinerlei depressive Wirkung aufs Herz aus, im Gegentheil oft eine günstige, indem es die erregte Herzaktion beruhigt; bei Andeutung von insufficienter Herzthätigkeit sind sofort Alkoholica indicirt.

Sobald das Exanthem erscheint, sind Speckeinreibungen empfehlenswerth. Andere Arzneimittel außer dem Chloralhydrat zu verordnen ist unnöthig. **Küssner** (Halle).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Kübler.** Untersuchungen über die Brauchbarkeit der »Filtres sans pression système Chamberland-Pasteur«.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII.)

K.'s bakteriologische Prüfung der Chamberland'schen Filter ergab in so fern ein denselben sehr ungünstiges Resultat, als nur in den ersten 4 Tagen dieselben ein steriles Filtrat lieferten; später entwickelten sich stets Bakterienkolonien; es scheint, dass dieselben weniger durchfiltriren, als allmählich durch die Poren hindurchwachsen. Daneben steht der praktischen Anwendung der Filter das Bedenken entgegen, dass eine einigermaßen genügende Wassermenge aus ihm nur durch wiederholte, umständliche Vorrichtungen gewonnen werden kann.

Strassmann (Berlin).

13. **V. Platania.** Della influenza del sistema nervoso sulle infezione. (Laboratorio della clinica Cantani.)

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. December.)

Versuche an Fröschen, Tauben und Hunden, also an Thieren, welche in normalem Zustande für Milzbrandinfektion fast völlig immun sind, ergaben, dass dieselben unter dem Einfluss von geeigneten Dosen von Chloralhydrat oder Alkohol für die Infektion sehr empfänglich wurden — nach des Verf. Ansicht in Folge der durch diese Gifte bedingten Depression des Nervensystems.

F. Neelsen (Dresden).

14. **Th. Geisler** (Petersburg). Die neueren Methoden der quantitativen Eiweißbestimmung im Harn (die Methoden von Esbach und Christensen).

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 51.)

G. hat eine Anzahl von Untersuchungen über die Genauigkeit der beiden Methoden angestellt, indem er ihre Resultate mit den durch Wägung erlangten verglich. Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

1) Esbach's Methode entspricht in Folge ihrer Einfachheit und ausreichender Genauigkeit vollständig den klinischen Forderungen.

2) Wenn der Eiweißgehalt 0,7% überschreitet, so muss man, um genauere Resultate zu erzielen, die Eiweißbestimmungen in verdünntem Harn machen und kein Albuminimeter mit 12 Theilstrichen gebrauchen.

3) Christensen's Albuminimeter ist zwar weniger genau, aber doch völlig brauchbar für approximative Eiweißbestimmungen im Harn.

4) Christensen's Methode ist auch desto genauer, je weniger Albumin sich im Harne befindet; daher soll auch hier der eiweißreiche Harn erst verdünnt werden.

5) Ein großer Vorzug der Christensen'schen Methode ist die Schnelligkeit des Verfahrens, im Ganzen 10 Minuten; dagegen erhält man das Endresultat nach Esbach erst nach 24 Stunden. **Leubuscher** (Jena).

15. **Lenhartz.** Über Herzfehlerzellen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 51.)

Die Herzfehlerzellen, d. h. diejenigen Pigmentflecke, welche sich bei der braunen Induration der Lunge sowohl unter der Pleura als namentlich auch auf der Schnittfläche in Form feinerer und gröberer Körnchen und scholliger Elemente theils frei im Gewebe lagernd, theils in Zellen eingeschlossen, zuweilen auch in einzelnen Alveolarepithelien finden, treten am häufigsten bei Kranken mit chronischen Mitralfehlern und Myocarditis auf, am regelmäßigsten aber bei vorherrschender Mitralstenose. Auch im Sputum finden sich solche pigmentirte Zellen. Hinsichtlich der Genese derselben stimmt Verf. den Anschauungen von Hoffmann und Sommerbrodt, dass sie als abgestoßene Alveolarepithelien anzusprechen sind, nicht oder nur bedingt bei, indem er sie nur zum kleinsten Theil als pigmenthaltige Alveolarepithelien auffasst; in erster Linie sieht er sie als umgewandelte blutkörperchenhaltige Leukocyten an. Mit Hoffmann hält er sie als charakteristische Zeichen der Herzfehlerlunge. **Markwald** (Gießen).

16. **Sciamanna e Torti.** Modificazioni del polso cerebrale nelle diverse posizioni del sogetto.

(Bullet. della soc. Lancisiana degli osped. di Roma 1889. Oktober.)

Bei einem 38 Jahre alten Manne mit traumatischer Schädellücke studirten Verff. den Einfluss der Lageveränderungen des Körpers auf die Gehirnpulsationen. Im Allgemeinen ergab sich, dass die Pulskurven, welche bei vertikaler Rumpfstellung aufgenommen wurden, sich wesentlich durch ihre Amplitude und Celerität von den Kurven bei horizontaler Körperlage unterschieden, während in der Pulsfrequenz kein wesentlicher Unterschied sich bemerklich machte. Die Wellen in erstgenannter Stellung sind dreigipflig mit nahezu vertikal ansteigendem und wenig schräg absteigendem Schenkel, die Wellen in der horizontalen Lage sind ausgeprägt katakrot mit stark geneigtem absteigenden Schenkel, gleichviel ob die horizontale Lage eine Bauchlage, Rückenlage oder Seitenlage war. Die aus den Kurven sich ergebende Erschwerung der cerebralen Cirkulation durch die Horizontallage führen die Verff. auf Verlangsamung des venösen Abflusses und Behinderung in der Bewegung des Liquor cerebrospinalis zurück. **G. Sticker** (Köln).

17. **E. Occhipinti.** Contributo allo studio del polso paradosso.

Messina 1889.

Fall von Pulsus paradoxus bei einem 22 Jahre alten Manne, der eine rechtsseitige Pleuritis und eine Pericarditis mit serofibrinösem Exsudat überstanden hatte und bei dem es nach Resorption beider Ergüsse zu einer Verwachsung der visceralen und parietalen Blätter in beiden serösen Höhlen gekommen war; keine Spur von Strangbildung zwischen Pericardium und Brustwand oder zwischen Herzbeutel und den großen Nachbargefäßen (Aorta, Pulmonalis, Vena innominata etc.)
G. Sticker (Köln).

18. **F. Franck.** 1) Pouls veineux par reflux tricuspidien. 2) Pouls veineux des membres sans reflux tricuspidien. 3) Analyse d'un cas de pulsations de la veine saphène sans insuffisance tricuspidienne.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 34 u. 35.)

F. berichtet zunächst über eine Beobachtung von Venenpuls bei einem Kranken mit beträchtlicher Dilatation der rechten Vena saphena. Der Puls war deut-

lich sichtbar in der Höhe des Scarpa'schen Dreiecks, in der Mitte des Oberschenkels und an der Innenseite des Knies. Eben so fand man ihn in der Fossa infraclavicularis und an der Vena jugularis interna bis hinter den Kieferwinkel. Auch Lebervenenpuls wurde beobachtet. Der Puls beruhte in diesem Falle auf dem Rückfluss der Blutwelle aus der Tricuspidalis, der durch die insufficient gewordenen Venenklappen nicht gehemmt wurde.

In seiner zweiten Mittheilung beschäftigt sich F. mit dem Zustandekommen des Venenpulses ohne Rückfluss. Derselbe wird erklärt entweder durch gesteigerten Zufluss von den Arterien aus, so dass der Arterienpuls sich auf das Venenblut durch das erweiterte Kapillargebiet fortpflanzt oder durch Störung des venösen Abflusses, wobei dem stagnirenden Blute der Puls mitgetheilt wird.

Schließlich beobachtete S. das Vorkommen von Venenpulsation ohne Bestehen einer Tricuspidalinsufficienz. Der Kranke bot mehrere Aneurysmen peripherer Arterien und allgemein nervöse Erscheinungen dar. Die Venenpulsation bestand an den unteren Extremitäten, besonders an der Vena saphena interna und war isochron mit dem Arterienpuls, doch war eine zweite Art von Pulsation isochron mit der Respiration zu unterscheiden. F. nimmt an, dass es sich in seinem Falle um eine Insufficienz der Klappen der Abdominalvenen handle.

M. Cohn (Berlin).

19. **Holz.** Über aufsteigenden Venenpuls.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Bei einer 56jährigen, an Pseudoleukämie leidenden Dame war plötzlich ein heftiges 24 Stunden anhaltendes Delirium mit nachfolgendem tiefen Koma ausgebrochen, in welchem eine eigenthümliche Variation des Cheyne-Stokes'schen Athmungsphänomens auftrat, indem die Respiration nach jeder Athmungspause sofort mit lebhafter Intensität einsetzte, um dann erst allmählich flacher zu werden. Der Puls war bei den starken Respirationsbewegungen hart und voll, um mit Flacherwerden der Athemzüge an Zahl, Spannung und Blutfülle immer mehr abzunehmen. Als ein hinzugetretenes Lungenödem eine Kampherinjektion nothwendig machte, schwand das Cheyne-Stokes'sche Phänomen, der Puls wurde regelmäßig, ungewöhnlich hart und voll, ein Kapillarpuls war nicht vorhanden; dagegen sah man an den erweiterten und gespannten Venen der Hände und Vorderarme eine kräftige postsystolische, von unten nach oben aufsteigende, also centripetale Pulsation, welche sich bis zum Oberarm, aber nicht weiter hinauf und nicht bis in die Venae jugulares erstreckte. Der aufsteigende Venenpuls war deutlich sicht- und fühlbar. Das Phänomen währte 1 Stunde lang, dann trat Agone ein. Die Sektion ergab außer multiplen Drüsengeschwülsten Nierenschrumpfung, obwohl bei Lebzeiten niemals Eiweiß im Urin nachgewiesen werden konnte, ferner Hypertrophie des Herzens und Hirnödem als hauptsächlichste hier in Betracht kommende Veränderungen.

Die Erscheinungen der letzten Tage erklärt Verf. in der Weise, dass es durch das Hirnödem, in Folge von Urämie, zu Entwicklung des Cheyne-Stokes'schen Athmens und weiterhin dadurch zu hochgradiger Stauung im Körpervenensystem kam. Der durch die Kampherinjektion hervorgerufene hochgradige Reiz wirkte nun auf das Herz in der Weise ein, dass der rechte Ventrikel die Stauung im kleinen Kreislauf und somit das Lungenödem vermehrte, während der linke Ventrikel gegen die unter positivem Druck stehende Blutsäule in den Kapillaren und Venen ankämpfte. Wesshalb ein Kapillarpuls nicht zur Beobachtung kam, vermag Verf. nicht zu entscheiden.

Er hält übrigens diese rein mechanische Entstehung des Venenpulses nicht für alle Fälle ausreichend, sondern ist der Ansicht, dass für gewisse Fälle von centripetalem Venenpuls eine vasomotorische Lähmung angenommen werden muss. In beiden Fällen aber ermöglicht die Erweiterung und Blutüberfüllung der peripheren Gefäße, so wie der dadurch bedingte Ausgleich der normalen Druckdifferenz in Arterien und Venen ein Überspringen der arteriellen Pulswelle durch das Kapillarsystem auf die Venen.

In einem Nachtrag bespricht Verf. dann noch den im Auge auftretenden

Venenpuls, wendet sich entschieden gegen die Donders'sche Theorie der periodischen pulsorhythmischen Steigerung des intraocularen Druckes und der dadurch bedingten postsystolischen Abknickung der Vena centralis retinae und führt des Weiteren aus, dass man auch auf der Netzhaut unterscheiden muss:

1) einen normalen negativen Venenpuls (herzsystolischer Venencollaps),
2) einen pathologischen positiven Venenpuls (herzdiastolischer Venencollaps),
3) einen aufsteigenden centripetalen Venenpuls (postherzsystolische Venenfüllung).

Markwald (Gießen).

20. **M. Moscarelli.** Intorno alle pleuriti pulsanti.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Fasc. 8.)

Auf Grund klinischer und experimenteller Untersuchungen kommt Verf. zu der Überzeugung, dass dem (ohne Zuhilfenahme graphischer Methoden wahrnehmbaren) Pulsiren eines Pleuraexsudates nothwendig zwei Faktoren zu Grunde liegen: eine kräftige Herzaktion — oder, in selteneren Fällen, ein stark pulsirendes Aortenaneurysma — und ein hoher Grad von Spannung im Pleuraraume. Atelektase der Lunge, Verwachsungen zwischen Herzbeutel, Pleura und Lunge, Erschlaffung der muskulären Wandtheile des Thorax würden die Deutlichkeit des Phänomens zu steigern im Stande sein. **G. Sticker** (Köln).

21. **Wilh. Fleiner** (Heidelberg). Zur Pathologie der Addison'schen Krankheit.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 51.)

F. hatte in der inneren Sektion der Heidelberger Naturforscherversammlung einen Fall vorgestellt von Morbus Addisonii, verbunden mit Pityriasis versicolor. Diese Diagnose wurde in der sich an den Vortrag anschließenden Diskussion durch Kussmaul angezweifelt, erhielt jedoch durch die im Oktober gemachte Sektion ihre Bestätigung. Der in seinen Einzelheiten manches Interessante bietende Fall ist kurz folgender:

44jähriger Mann; tuberkulös belastet, erkrankt mit dyspeptischen Beschwerden, Durchfall und Erbrechen. Am Hals zeigte sich eine allmählich auch auf andere Körpertheile übergreifende Verfärbung, theils graubraun, theils dunkler bräunlich schwarz; auch auf der Mundschleimhaut treten Pigmentflecke auf. Daneben entwickelt sich stetige Abnahme der Körperkräfte. Im Mesogastrium fühlt man einen dem Verlauf des Colon transversum entsprechenden, aber hinter diesem gelegenen höckerigen Tumor, der nicht verschieblich ist, mehr nach links herüber reicht und sich nach abwärts etwa bis zum Nabel erstreckt. Es besteht daselbst starke Druckempfindlichkeit. Die supraclavicularen Lymphdrüsen sind intumescirt.

Man diagnosticirte Morb. Addisonii und nahm an, dass die erwähnten Tumoren, wahrscheinlich carcinomatöser Natur, die Nebennieren in Mitleidenschaft gezogen hätten. Nach einer kurzen Besserung traten die gastrischen Symptome immer mehr in den Vordergrund; die Pigmentirung nahm mehr und mehr zu und nachdem sich innerhalb der letzten Wochen noch ein starker Ikterus entwickelt hatte, erfolgte der Exitus.

Aus dem Sektionsprotokolle ist hervorzuheben: Carcinomatöse Geschwulstmassen im Mediastinum; Metastasen in der Leber, im Netz, im Mesenterium; größere Geschwulst im Magen; duodenaler Theil des Ductus choledochus durch Geschwulstmassen komprimirt. Die rechte Nebenniere ist normal; die linke in einen ovalären 4 cm dicken Tumor verwandelt. Auffallende Veränderungen fanden sich in den Nn. sympathicis. Der rechte Sympathicus in dem unteren Theile des Grenzstranges und der N. splanchnicus sind gleichmäßig verdickt; sie verlieren sich in der Geschwulstmasse, in der auch das fest verwachsene Gangl. coeliacum eingebettet ist. Links ist das oberste Halsganglion in eine taubeneigroße Geschwulst verwandelt; das untere Halsganglion in infiltrirte Gewebsmassen eingebettet. Die oberhalb der linken Nebenniere gelegenen Ganglien sind gleichfalls stark vergrößert und in unregelmäßige Tumoren verwandelt. Splanchnicus und unterer Theil des Grenzstranges, Plexus coeliacus verhalten sich wie rechts. Des

Weiteren ließ sich eine Vergrößerung und stärkere Pigmentirung der unteren Brust- und oberen Lendenintervertebralganglien linkerseits erkennen.

Leubuscher (Jena).

22. **Gilles de la Tourette et Cathelineau.** Contribution à l'étude de la nutrition dans l'état normal et dans la fièvre du goître exophtalmique.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 38.)

Die Untersuchungen der Verff. beschäftigen sich mit dem Verhalten der Exkrete im Urin dreier an Morbus Basedowii leidenden Frauen. Sie fanden bei Beobachtungen, die 8 Tage hindurch in fieberfreier Periode angestellt wurden, dass die Urinausscheidungen, übertragen auf das Kilogramm gesunden Individuums, normal waren. Bei einer Kranken, die einen Fieberanfall vor 6 Tagen durchmachte mit Temperaturen von 38—39,2, ohne dass Entzündungserscheinungen vorhanden waren, die das Fieber erklärten, blieb die Ausscheidung van Harnbestandtheilen eben so normal, wie in den fieberfreien Perioden. Beigegebene Tabellen erläutern diese Thatsachen.

M. Cohn (Berlin).

23. **Déjerine.** De la névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques.

(Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. No. 30.)

D. hatte in den letzten 2 Jahren Gelegenheit, die Autopsie von 4 Hemiplegischen mit stark ausgesprochener Muskelatrophie in der oberen Extremität der gelähmten Seite zu machen. Die mikroskopische Untersuchung ergab neben dem bekannten Bilde einer weit vorgeschrittenen Atrophie der Muskeln, noch eine evidente Degeneration der peripheren, besonders der intramuskulären Nerven. Das Rückenmark zeigte nur eine sekundäre absteigende Degeneration, dagegen keine Veränderungen der Ganglienzellen in den Vorderhörnern und keine Veränderungen in den vorderen Wurzeln. Die Muskelatrophie ist also in diesen 4 Fällen nach D. die Folge einer peripheren Neuritis, die von der Peripherie nach dem Centrum zu an Intensität abnimmt, woraus sich auch erklärt, warum die Muskeln der Hand stärker ergriffen waren als die des Vorderarmes und letztere wieder stärker als die des Oberarmes. In allen 4 Fällen war die elektrische Erregbarkeit beeinträchtigt, in einem Falle bestand Entartungsreaktion.

E. Levy (Straßburg i/E.).

24. **A. Starr.** Tumors of the brain in childhood.

(Med. news 1889. Januar 12.)

Die großen Fortschritte der Neuzeit in der Diagnose, so wie in der chirurgischen Behandlung der Hirnkrankheiten rechtfertigen eine Neubearbeitung der Lehre von den Hirntumoren bei Kindern, da seit der letzten Arbeit über diesen Gegenstand (Steffen in Gerhardt's Handbuch) 8 Jahre verflossen sind. S. unterzieht sich nun dieser Aufgabe auf Grund einer Statistik von 300 Fällen, welche Kranke unter 19 Jahren betrafen. Er hält sich für berechtigt bis zu dieser oberen Altersgrenze zu gehen, da der Beginn der im 16., 17. oder 18. Jahre zum Tode führenden Hirntumoren fast stets in ein früheres Alter zu verlegen ist.

Mehr als die Hälfte aller Hirntumoren bei Kindern (152) sind tuberkulöser Natur. Carcinome und Gummata sind sehr selten (10 resp. 2), während bei Erwachsenen die Gummata am häufigsten sind. 34mal unter 152 Fällen waren die Tuberkelknoten multipel, während von 148 anderen Tumoren nur 9 multipel aufgetreten waren. Man ist daher berechtigt, an Tuberkel zu denken, wenn man Symptome vorfindet, die auf die Anwesenheit von mehreren Tumoren schließen lassen. Bei der Indikationsstellung zu einer Operation muss man stets an die Möglichkeit des Vorhandenseins mehrerer Knoten denken.

Carcinom des Hirns war 4mal unter 10 Fällen sekundär bei primärer Erkrankung der Retina. Parasitäre Cysten sind in England und Amerika sehr selten, in Deutschland häufiger beobachtet; da sie niemals Hirnsubstanz zerstören, son-

dern nur verdrängen, machen sie sehr selten Herdsymptome. Man wird desshalb an sie denken müssen, wenn bei erheblich gesteigertem Hirndruck Herdsymptome fehlen.

Sarkom fand sich 34mal, darunter 4mal als sekundärer Tumor; Gliom 37mal, Gliosarkom 5mal.

Gliome lassen sich bisweilen als solche diagnosticiren. Sie sind nämlich sehr gefäßreich und erektil. Schwankungen in ihrer Größe haben natürlich auch Schwankungen des Hirndrucks zur Folge, welche sich am besten an der Retina kontrolliren lassen. Auch kommen in den Gliomen und ihrer Umgebung häufig Blutungen vor, welche zu apoplektischen Erscheinungen führen. Der Blutreichthum der Gliome erschwert ihre Operation.

Was den Sitz der Tumoren betrifft, so fand sich ein Drittel derselben in der, operativen Eingriffen nicht zugänglichen, Hirnachse. (Hierunter begreift S. die Basalganglien, die Vierhügel, die Hirnschenkel, die Brücke, das verlängerte Mark, die Hirnbasis und den 4. Ventrikel.)

Etwa ein zweites Drittel der Fälle (96) saßen im Kleinhirn. Bei Erwachsenen sind Kleinhirntumoren auffallend viel seltener.

56 Fälle betrafen die Rinde der Konvexität und das Centrum ovale. Diese sind dem Chirurgen zugänglich.

Bei genauer Analyse seiner Fälle glaubt S., dass etwa 5% derselben hätten mit Erfolg operirt werden können, während Hale White unter 100 Fällen aus allen Altersklassen 10 als operirbar bezeichnet hat.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

25. **H. Brig** (Madrid). Tratamiento curativo de la coqueluche por las inhalaciones de ácido fluorhídrico.

(Rev. clin. de los hospitales 1890. Februar.)

B. behandelte 3 keuchhustenkranke Kinder mit Inhalationen von Fluorwasserstoffsäure. Die Inhalationen geschahen in Zwischenräumen von gewöhnlich 2 Tagen. Schon nach einer Inhalation giebt er an, Besserung gesehen zu haben, nach 4—5 Inhalationen war der krampfhafte Husten, Brechen etc. vollständig beseitigt, und es bestand nur noch ein gewöhnlicher Katarrh. Gleiche Resultate erreichte (bei 3 anderen Kindern) Dr. Cisneros, der mit 3—4 Inhalationen auskam und eine größere Zahl widerräth, »weil sonst die Säure den Vagus reizt und die Krampfanfälle sich wiederholen, vielleicht nach dem Gesetze der Gewöhnung« (? Ref.), eben so Dr. Pertz Valdís. Über die Dosirung ist nur angegeben, dass der Letztere eine Lösung von 20 : 2000 Aqua gebrauchte. Auf einen guten Inhalationsapparat ist zu achten. (Diese Angaben sind nach Ansicht des Ref. trotz der geringen Zahl der Fälle immerhin der Nachprüfung werth.)

A. Freudenberg (Berlin).

26. **H. Möser** (Hamburg). Beobachtungen bei der Anwendung des Weigert'schen Heißluftapparates bei der Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 52.)

M. konnte eine Besserung der Lungenerscheinungen nicht konstatiren, wohl aber eine Reihe unangenehmer Folgeerscheinungen nach den Einathmungen. Etwas günstiger schien die Wirkung bei Ulcerationsprocessen im Larynx zu sein.

Nur bei einem Falle von Bronchiektasie und Bronchitis foetida war ein bemerkenswerther Erfolg zu konstatiren. **Leubuscher** (Jena).

27. **E. Barral.** Sur une Badiane, toxique, l'Illicium parviflorum.

(Prov. méd. 1889. No. 34.)

Unter den Verfälschungen des gewöhnlichen Anis (Illicium anisatum) sind besonders die Früchte verwandter aber giftiger Illiciumarten zu erwähnen (Illicium religiosum und Illicium parviflorum). Da B. die chemische Isolirung des wirksamen Stoffes nicht möglich war, bediente er sich zum Studium der Vergiftungssymptome

an Hunden wässriger Dekokte. Die Carpelle enthalten von der giftigen Substanz etwa nur den 10. Theil von dem, was die Körner selbst enthalten; am meisten enthalten die Kerne der Frucht. Ein Alkaloid schien nicht vorzuliegen, eher vielleicht ein Glykosid.

Die Vergiftungserscheinungen am Hund bestanden in wiederholtem Erbrechen, Verlust der Sensibilität, Lähmung der Hinterbeine, tetanischen und klonischen, epileptiformen Krampfanfällen, welche den Tod durch schließliche Erschöpfung und Asphyxie herbeiführten. Bei der Sektion erwiesen sich die Lungen intensiv kongestionirt, ödematös und mit Blutaustritten besetzt. Starke Blutkongestionen wurden ferner am Pylorustheil des Magens, in den Nieren, in der Leber und im Gehirn gefunden.

Die ersten Vergiftungserscheinungen fingen schon 10 Minuten nach der Einnahme in den Magen an sich zu zeigen. Die Wiederausscheidung des Giftes scheint ziemlich rasch vor sich zu gehen. **H. Dreser** (Tübingen).

28. **C. Borsari.** Un caso di attossicamento carbonico.

(Riforma med. 1889. März.)

Der mitgetheilte Vergiftungsfall betrifft einen Arbeiter, welcher in einem geschlossenen Raume bei einem offenen Kohlenfeuer arbeitend, plötzlich ohnmächtig wurde. In die frische Luft gebracht, erholte er sich zwar bald, hatte aber während der folgenden Tage ziemlich heftige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, die sich nach 2 Wochen gebessert hatten. Bei der Untersuchung des Pat. in der Klinik wurde rechtsseitige sensible Lähmung im Verbreitungsgebiet der 3 Äste des Trigeminus festgestellt; durch Behandlung mit dem konstanten Strom trat in 15 Tagen wesentliche Besserung ein; 36 Tage nach dem Unfall verließ Pat. das Spital so gut wie völlig geheilt. Nach B. kann der Sitz dieser sensiblen Lähmung nicht im Ganglion Gasseri sich befunden haben, weil der motorische Theil des Quintus verschont geblieben war. Dass die Dicke der Corpora restiformia ebenfalls nicht der Sitz gewesen sei, hält B. wegen des Fehlens von Erkrankungssymptomen an anderen Hirnnerven, die dieser Stelle sehr nahe liegen, für wenig wahrscheinlich und glaubt eher die Stelle der Erkrankung höher aufwärts im Gehirn annehmen zu müssen; über den vermuthlichen Sitz derselben spricht sich aber B. nicht einmal andeutungsweise aus. **H. Dreser** (Tübingen).

29. **W. J. White** (Philadelphia). The toxic action of chromic acid used as a cauterant.

(Univers. med. Magazine 1889. November.)

Einer jungen Frau wurden eines Nachmittags eine umfangreiche Masse papillärer Geschwülste an den äußeren Genitalien mit einer 20%igen Chromsäurelösung (Verbrauch ca. 15 Gran, Applikation mittels Watte, Schutz von Vagina und Anus durch in Karbol getränkte Wattetampons) touchirt. Nachts sehr unruhig, brennender Schmerz an den kranken Stellen, starker Durst, Übelkeit, Erbrechen, kein Fieber. Um 4 Uhr Morgens fiel sie beim Versuch zu uriniren um. 24 Stunden nach der Applikation Blässe, kalte Extremitäten, rapider Puls, Schmerzen in der linken Regio hypochondrica. 3 Stunden später Exitus. Bewusstsein bis zum Ende intakt. Obduktion ergab leichte Hypostase in den Lungen, geringe Ecchymosen im Magen (als Folge des Erbrechens), Muskatnussleber, kleine kongestionirte Nieren, Hyperämie der Hirngefäße, sonst nichts Bemerkenswerthes. In Leber und Nieren war ein Chromsalz nachweisbar, wahrscheinlich chromsaures Natron.

A. Freudenberg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 35. **Sonnabend, den 30. August.** **1890.**

Inhalt: 1. **Rumpf,** Diffusion und Resorption. — 2. **P. Grawitz,** 3. **Peiper,** Entzündung und Eiterung. — 4. **Marie,** De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — 5. **Rabow,** 6. **Heinz,** Exalgin und Methacetin. — 7. **Lawson Tait,** Leberchirurgie. 8. **Lubarsch,** Bakterienvernichtende Wirkung des Blutes. — 9. **Lehmann,** Pilztödtende Wirkung des Harns. — 10. **v. Hösslin,** Harncylinder in eiweißfreiem Urin. — 11. **Rennert,** Darmperforation bei Typhus. — 12. **Dörfler,** Akute gelbe Leberatrophie. — 13. **Wassilieff,** Infektiöser Ikterus. — 14. **Debove,** Magencarcinom bei 18jährigem Manne. — 15. **Peltesohn,** Larynxödem. — 16. **Gerling,** Kehlkopferysipel. — 17. **Schapringer,** Angeborene Augenmuskel- und Facialisparalyse. — 18. **Jackson** und **Beevor,** Hirntumor, Geruchssinn und Epilepsie. — 19. **Laaser,** Externe Applikation von Schwefelblüthe bei Ischias. — 20. **v. Liebig,** Kinderernährung. — 21. **Martius,** Orexin. — 22. **Anderson,** Vergiftung durch chlorsaures Kali.
Bücher-Anzeigen: 23. **Hochsinger,** Die Auskultation des kindlichen Herzens. — 24. **Fleischer,** Lehrbuch der inneren Medicin. 2. Bd.

1. Rumpf (Marburg). Über Diffusion und Resorption.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 43.)

Diese Versuche verdienen die Aufmerksamkeit in vollstem Maße; sie sind wesentlich zweierlei Art, einmal die Frucht experimenteller Studien und das andere Mal die praktische Probe an Erkrankten. R. zeigt zunächst die Veränderung der Diffusion von Salzlösungen nach dem Zusatz von Alkohol; als Salz wurde mit Rücksicht auf die Leichtigkeit des Nachweises Jodkalium gewählt. Die Versuchsanordnung war folgende. In einem größeren Gefäß befand sich eine 10%ige Jodkaliumlösung mit oder ohne Alkoholzusatz; in dieses größere Gefäß tauchte ein kleineres, dessen Boden mit Pergamentpapier oder mit Herzbeutel oder Darm überzogen war; das kleinere Gefäß selbst enthielt eine 1%ige Stärkekleisterlösung, welche vermittels festsitzender Platinfedern von einem galvanischen Strome von 12 Milliampères durchströmt wurde. Sobald nun eine Spur von Jodkalium

durch die Membran diffundirt, wurde dasselbe vom Strom zersetzt und das Jod schied sich unter Blaufärbung der Stärke an der Anode ab. Als Resultat fand sich, dass eine wässerige Jodkaliumlösung zur Diffusion benutzt erst nach 8—10 Minuten die Jodreaktion lieferte; bei einer Lösung von Jodkalium mit 10 Volumprocent Alkohol trat die erst deutliche Reaktion schon nach 2 Minuten auf, nach Zusatz von 20—50 Volumprocent Alkohol vielfach schon nach einer Minute: es wird also die Diffusion des Jodkalium durch Alkohol ungemein beschleunigt. Versuche mit Glycerin angestellt erwiesen eine wesentliche Beschleunigung der Diffusion, die bei Zusatz von 10 Volumprocent in 3—4 Minuten sich nachweisen ließ, während im Gegensatz zu den Alkoholproben ein größerer Zusatz des Glycerin von 20—40% die Diffusion nicht in gleicher Weise beschleunigte. Gleichzeitiger Zusatz von Glycerin und Alkohol zur Jodkaliumlösung wirkte beträchtlich beschleunigend. Mit zweckentsprechenden Modifikationen wurde noch eine Anzahl weiterer Substanzen auf ihre Diffusionsfähigkeit in wässrigen und alkoholischen Lösungen geprüft: zunächst das Ferrocyankali, dessen Diffusion sich bedeutend früher markirt bei einem gewissen Zusatz von Alkohol und Glycerin; schon 1% Zusatz von Glycerin beschleunigte die Diffusion erheblich; das Gleiche geschah bei geringem Zusatz von Alkohol, während ein Zusatz von mehr als 10 Volumprocent eine Beschleunigung mit Sicherheit nicht mehr erkennen ließ. Das Verhalten des Traubenzuckers gegenüber den entsprechenden Diffusionsversuchen hat ein gleichmäßiges Resultat noch nicht ergeben. Die Beobachtungen am Menschen zeigten, dass die Resorption von Salzen schneller von statten geht bei Zusatz von Glycerin und Alkohol. R. prüfte das Jodkalium in der Weise, dass 5mal in Pausen von je 1 Stunde je 1 Minute lang mit 15 ccm einer wässrigen Lösung von Jodkalium (10%) gegurgelt wurde; in dem Harn, in 24 Stunden gesammelt, beginnend mit dem ersten Gurgeln, fanden sich 0,11574 Jod; nach Gurgeln von 10%iger Jodkaliumlösung mit Zusatz von gleichzeitig 10% Alkohol und 10% Glycerin wurde in 24 Stunden 0,16544 Jod ausgeschieden, es ist also die Resorption von Jodkalium aus alkohol-glycerinhaltiger Lösung sehr viel größer. Es hat auch Glycerin eine wesentliche Vermehrung der Harnmenge zur Folge; auf 30 g hin sah R. eine Steigerung von 1800 auf 3900. Als Ergebnis ist die Empfehlung hervorzuheben, allen Substanzen, welche auf Schleimhäute eine mehr wie ganz oberflächliche Wirkung entfalten sollen, Glycerin in gewissen Procentverhältnissen zuzusetzen; es würden sich vielleicht 5—10% dazu empfehlen. Dann ist zu versuchen, ob bei manchen Formen von Ödem, welche mit einer Zurückhaltung von Stoffwechselprodukten einhergehen, durch Einverleibung von Glycerin nicht eine Beschleunigung der Ausscheidung der Ödemflüssigkeit oder der Stoffwechselprodukte erzielt werden kann. Zu derartigen Versuchen empfiehlt sich eine Tagesdosis von 50—100 g in kleinen Einzeldosen, um die wasserentziehende Wirkung des Glycerin auf Magen und Darm zu vermeiden; in Milch,

vielleicht mit einem Zusatz von wenig Kaffee, lässt sich nach R.'s Erfahrung Glycerin leicht nehmen. **Prior** (Köln).

---

2. **P. Grawitz.** Die histologischen Veränderungen bei der eitrigen Entzündung im Fett- und Bindegewebe.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 1. p. 73.)

3. **E. Peiper.** Beruht die eitrige Schmelzung der Gewebe auf verhinderter Fibringerinnung? (Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.)

(Ibid. p. 89.)

G. giebt in der vorliegenden Arbeit als vorläufigen Abschluss seiner Untersuchungen über die Eiterung eine Darstellung der histologischen Vorgänge bei derselben. In den einleitenden Sätzen betont er nochmals seine Anschauung, dass die Eiterung von den übrigen akuten Entzündungsformen — 1) der flüchtigen Schwellung nach Injektion indifferenter Flüssigkeiten in die Gewebe; 2) der schnell in Resorption übergehenden akuten Entzündung; 3) der fibrinös-hämorrhagischen und 4) der mit Nekrose verbundenen Entzündung — dem Wesen nach nicht verschieden sei, dass vielmehr unter derselben Schädlichkeiten bei einer gewissen Dauer und Intensität der Wirkung die entzündliche Schwellung am 2. oder 3. Tage nicht in Zertheilung, sondern in eitrige Schmelzung des Gewebes übergehe, und dass andererseits auch solche Entzündungen wie die unter 3 und 4 genannten einer nachträglichen puriformen Schmelzung unterliegen können. G. betont besonders, dass man für das histologische Studium der Eiterung nur solche entzündete Gewebe benutzen dürfe, in denen der Process seine Höhe erreicht hat, wo die wirkliche eitrige Schmelzung mit bloßem Auge gesehen werden kann, und dass die Emigration bei dem Cohnheim'schen Versuch am Froschmesenterium mit der Eiterung durchaus nicht identificirt werden dürfe, da sowohl das in diesem Falle wirksame Agens (Luft, verdünnte Essigsäure) niemals wirkliche Zellgewebseiterung erzeuge, wie auch andererseits der Eiterungsprocess erst am 2.—3. Tage sein Höhestadium erreiche, während die Emigration am Mesenterium schon nach 2 Stunden auf die Höhe gelangt.

Als Untersuchungsobjekt dienten zunächst Präparate von akuter Phlegmone der Haut und des Unterhautzellgewebes am Arm, welche in Folge einer Leicheninfektion durch Streptokokken entstanden war. Das Gewebe wurde unmittelbar nach der Herausnahme aus dem lebenden Körper in Stückchen zerlegt und in Flemming'scher Lösung gehärtet.

An den aus diesem Material gewonnenen Präparaten lassen sich bei der Eiterung im lockeren Zellgewebe in der Umgebung des eigentlichen Herdes mehrere Zonen unterscheiden. Zu äußerst, an der Grenze des normalen Gewebes, Ödem und eine starke Vergrößerung der Gewebszellen mit Körnung ihres Protoplasma; die Kerne erscheinen groß, mit deutlicher Kernmembran und einigen Chromatinkörnern. Dieser Bezirk geht ohne deutliche Grenze in den Bezirk der Zellvermehrung über, in welchem man neben ausgezeichneten Mitosen eine große Zahl voll

ausgebildeter Bindegewebszellen, fernerhin jüngere, kleinere Elemente mit etwas stärker tingirtem rundlichen Kerne, und endlich eine Anzahl mehrkerniger Gebilde mit intensiver Färbung vorfindet, welche durchaus den vielkernigen Leukocyten gleichen. Die Intercellularsubstanz erscheint schon innerhalb der Proliferationszone, besonders aber in der nun folgenden Erweichungszone von eigenthümlich netzförmiger Beschaffenheit. Das Netzwerk erinnert zunächst an ein Fibrinmaschenwerk, erweist sich aber bei mikrochemischer Untersuchung des frischen Präparates als Mucin, welches erst durch den Alkohol in diese netzartige Beschaffenheit übergeht. Diese Mucinumwandlung ist der Anfang der Erweichung, und der von ihr ergriffene Bezirk geht unmittelbar über in die Zone des wirklichen Eiters. In dieser verschwindet das Netzwerk, es findet sich eine feinkörnige Substanz zwischen den Zellen. Obwohl man zunächst den Eindruck gewinnt, als ob diese Zellen alle Leukocyten wären, findet man doch bei genauerer Untersuchung an der Grenze eine nicht geringe Anzahl mehrkerniger Zellen, welche zwar einen gekerbten, oder gedrehten, oder einen in mehrere Fragmente getheilten Kern enthalten, aber in der Beschaffenheit dieses Kernes dennoch deutlich ihre Abkunft von Gewebszellen erkennen lassen.

Diese Beschreibung entspricht dem Typus, wie er bei langsamem Fortschreiten des Processes angetroffen wird. Bei stürmischem Verlauf kann die mucinöse Umwandlung schon so frühzeitig beginnen, dass die Gewebszellen erst in dem Stadium der Vergrößerung angelangt sind, ohne dass eine nennenswerthe Vermehrung nachweisbar wäre. Andererseits kann der erweichte Herd durch nachfolgende starke Exsudation in ein Fibrinnetz eingehüllt werden, innerhalb dessen dann sowohl die gewucherten Zellen als die ausgewanderten Leukocyten einer Nekrose anheimfallen. Verf. hat das namentlich häufig bei der Terpentineiterung gesehen, welche übrigens sonst in ihren ersten Anfängen, eben so wie andere durch Chemikalien erzeugte Eiterungen denselben Hergang zeigt, wie die Streptokokkenphlegmone beim Menschen.

Im Fasciengewebe verläuft der Process langsamer als im lockeren Zellgewebe und es sind desshalb die einzelnen Phasen noch deutlicher zu unterscheiden. Im Fettgewebe erfolgt zuerst eine Neubildung eines jungen gefäßreichen Gewebes in den kleineren Septis, durch Vermehrung der Gefäßendothelien und Bindegewebszellen, und erst sekundär die Emigration von Leukocyten und die mucinöse Umwandlung.

Eine Zellnekrose findet in den Anfangsstadien der Eiterung nicht statt, es zeigt sich vielmehr, dass Kernzerfall und Nekrose erst nach Eintritt der völligen Schmelzung in dem freien Eiter auftreten.

»Entzündung ist also Gewebskampf, die Entzündungsreize treffen die Zellen direkt, diese erfahren eine pathologische Ernährungssteigerung, eine Nucleation und Cellulation, bei der Eiterung scheiden sie eine schleimige Intercellularsubstanz ab, aber diese neugebildeten Zellen sind keine dauernden Elemente, sie verfallen dem Untergang.«

Auch bei länger dauernder Eiterung, wo der centrale Eiterherd von einem zellen- und gefäßreichen Granulationsgewebe umschlossen wird, ist die Vergrößerung des Exsudates nicht ausschließlich durch eindringende Leukocyten bedingt, sondern es wiederholen sich auch hier die Vorgänge der Proliferation, der Mucinbildung und Verflüssigung des Zwischengewebes. Eben so auf der Oberfläche granulirender Geschwüre; man findet selbst mitten in dem Eiterbelag von Granulationen noch in Theilung begriffene Bindegewebszellen.

Die Eiterung in der Umgebung von Nekrose, welche mit Bak-

terieninfektion kombinirt ist, bietet keine reinen Verhältnisse und ist desshalb als Paradigma für die Eiterung nicht geeignet.

»Das, was wir Eiter nennen, ist weder histologisch, noch chemisch, noch ätiologisch eine Einheit. Die Eiterzellen entstehen aus verschiedenen Quellen, und die Farbe, die Konsistenz, der Geruch des Eiters wird wesentlich durch die Beschaffenheit der Intercellularsubstanz und der ihr beigemengten Bestandtheile an Blut, Gewebstrümmern und Bakterien bestimmt.«

Der Arbeit sind eine Anzahl sehr instruktiver, farbiger Abbildungen beigegeben. —

Die Weigert'sche Annahme, dass bei der Eiterung ein die Fibrinbildung hindernder Einfluss der eitererregenden Agentien wirksam sei, schien durch die Beobachtung von Scheuerlen, wonach das Cadaverin, einer der chemischen Eitererreger, die Fibrinbildung in frischem Blut verhindert, bestätigt. P. weist durch eine Anzahl von Versuchen mit frisch entleertem Hunde- und Menschenblut nach, dass nur Cadaverin und Ammoniak diese gerinnungshindernde Eigenschaft besitzen, dass aber die übrigen chemischen Eitererreger — Terpentinöl, Quecksilber und Digitoxin — die Gerinnung beschleunigen. Terpentinöl verhält sich gegenüber dem Blut des Hundes und Menschen eben so wie gegen das Blut von Kaninchen und Meerschweinchen, obwohl es bei letzteren Thierarten keine Eiterung erzeugt. **F. Neelsen** (Dresden).

---

4. **P. Marie.** De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique.

(Revue de méd. 1890. No. 1.)

Mit diesem Namen belegt M. eine Affektion, die nach seiner Meinung von einer Anzahl von Autoren mit der von ihm zuerst beschriebenen Akromegalie verwechselt worden ist. Von den unter der Diagnose Akromegalie publicirten Fällen will M. die Fälle von Friedreich-Erb, Fräntzel, Ewald, Saundby, Elliot und Sollier ausscheiden und dieselben unter das oben angeführte neue Krankheitsbild bringen. Gleichzeitig beschreibt er einen neuen Fall der letzteren Kategorie und stellt die Fälle von Friedreich-Erb, Saundby und Elliot in ausführlicher Wiederholung der Originalbeschreibungen unter Benutzung der vorhandenen Abbildungen der Kranken daneben. Da der von ihm neu publicirte Fall denen der genannten Autoren analog ist, so können wir hier von der Wiedergabe der Krankengeschichte absehen.

Über die differentiell-diagnostischen Merkmale der »Akromegalie« und der »von den Respirationsorganen abstammenden hypertrophirenden Osteoarthropathie« giebt M. folgende Aufschlüsse: Als generelles, wichtigstes und für alle Symptome gültiges Unterscheidungsmerkmal hebt M. hervor, dass bei der Akromegalie eine reine Vergrößerung, Volumszunahme ohne weitere Behinderung der betroffenen Gliedmaßen vorhanden ist, während bei der letzteren Affektion eine auffallende Deformität der Gliedmaßen mit Verminderung der Beweglichkeit zu verzeichnen ist.

Bei den Händen vergleicht M. die drei Abschnitte derselben:

die Finger, die Carpo-Metacarpalregion und das Handgelenk. Während die Finger der Akromegalen trotz der Größenzunahme wohl proportionirt sind, zeigen die Finger bei der Osteoarthropathie starke Anschwellung der Endphalangen (Tambourschlägel); die Nägel nehmen an dieser Deformation Theil, sind leicht brüchig und weisen eine ausgesprochene Streifung in der Längsrichtung auf. Alles dieses fehlt bei der reinen Akromegalie. Im Gegensatz hierzu zeigt bei letzterer Affektion gerade die Carpometacarpalregion die auffallendste Volumszunahme, während bei der Osteoarthropathie diese Region verhältnismäßig normal ist. Das Handgelenk der Akromegalen ist meist nicht betroffen, und selbst bei Mitbetheiligung desselben zeigt es proportionirte Maße, während das Gelenk bei der Osteoarthropathie verlängert und deformirt erscheint. Analog verhalten sich die Veränderungen der Füße bei beiden Affektionen; auch hier sind die drei Abschnitte des Fußes: die Zehen, die Tarsometatarsalregion und die Malleolenregion in Vergleich zu ziehen.

Bei der Volumsvermehrung der Osteoarthropathie sind nach M. hauptsächlich die Knochen betheiligt; die Weichtheile folgen später und zwar in Folge dieses Wachsthums und der Dehnung. Bei der Akromegalie sind dagegen gleichzeitig Knochen und Weichtheile befallen; es handelt sich hierbei nicht um eine primäre Knochenhypertrophie, sondern um eine solche der gesammten Gewebe der betroffenen Region. Charakteristisch für die erstere Erkrankung sind auch die öfter beschriebenen Ödeme der Haut an den erkrankten Partien.

Auch andere Skeletttheile sind bei der Osteoarthropathie erkrankt, Cubitus, Radius, Tibia, Peroneus, Clavicula, Scapula, Sternum, Rippen, Wirbel. Es sind jedoch nicht immer die Diaphysen der Längsknochen, sondern häufiger die Gelenkverbindungen, die an Volumen zunehmen. Während ferner bei dieser Erkrankung des öftern eine Kyphose der unteren Dorsal- und Lumbalregion angetroffen wird, findet man bei den Akromegalen, und zwar stets, eine solche der Cervical- und oberen Dorsalregion.

Was schließlich das Gesicht und den Schädel betrifft, so finden sich hinsichtlich des letzteren keine Differenzen in den beiden Krankheitsformen. Dagegen war in einigen Beobachtungen nur der Oberkiefer erkrankt, während der Unterkiefer frei blieb. Die Betheiligung des letzteren hält jedoch M. für nothwendig zu dem Symptomenbilde der Akromegalie.

Zum Schluss sucht M. den Namen seines neuen Krankheitsbildes zu rechtfertigen. Die Bezeichnung »Arthropathie« ist dadurch gegeben, dass hauptsächlich die Gelenke, wie vorher erwähnt, von der Hypertrophie befallen werden. Als Beweis hierfür sieht er u. A. auch die Erschwerung der aktiven Beweglichkeit und die Beschränkung der passiven Bewegungen an, die bei derartigen Kranken konstatirt wurden, ferner Gelenkschmerzen im Beginn der Erkrankung und die Ödeme an den Gelenken. Was den nicht korrekten Aus-

druck »pneumique«, d. h. von den Respirationsorganen stammend, betrifft, so glaubt M. an einen Zusammenhang seines Krankheitsbildes mit Lungen- oder Pleura-Erkrankungen. Unter den 8 citirten Fällen waren 4 sicher, 3 wahrscheinlich und 1 nicht lungenleidend. Besonders gravirend für seine Behauptung erachtet er die Angaben verschiedener Autoren, nach denen bei Tuberkulose und bei Dilatation der Bronchien die oben beschriebenen, trommelstockähnlichen Deformationen der Finger beobachtet wurden. M. erklärt dann den Vorgang folgendermaßen: Zunächst erfolgt eine Affektion des Respirationsapparates, wobei es unter dem Einfluss der Mikroorganismen zur Bildung von putriden oder fermentirten Substanzen kommt (Bronchitis, eitrige Pleuritis, Empyem). Dann kommt es zur Resorption und zum Übergang dieser Stoffe in die Cirkulation und schließlich werden die Knochen und Gelenke in der gleichen Weise, wie z. B. bei dem Gelenkrheumatismus nach Gonorrhoe befallen.

Den exakten Beweis hierfür durch bakteriologische Untersuchungen zu liefern, ist M. schuldig geblieben und trotzdem er diesen Mangel zugesteht, hält er sich für berechtigt, auf Grund der doch recht zweifelhaften Statistik seine Theorie und damit auch das ganze Krankheitsbild für begründet zu erklären. An Widerspruch wird es der Arbeit M.'s nicht fehlen; bekanntlich hat schon Erb die Berechtigung M.'s, die Fälle Friedreich-Erb's als nicht dem Krankheitsbilde der »Akromegalie« zugehörig aus der Kasuistik auszuschließen, zurückgewiesen.

A. Neisser (Berlin).

---

5. **S. Rabow.** Exalgin.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

6. **Heinz.** Exalgin und Methacetin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 11.)

Ad I. Exalgin, d. i. Methylacetanilid ($C_6H_5NCH_3.C_2H_3O$), nahe verwandt dem Antifebrin, d. i. Acetanilid ($C_6H_5NH.C_2H_3O$), stellt weiße, geruch- und geschmacklose Krystallnadeln dar, die sich im kalten Wasser schwer, in verdünntem Alkohol leicht lösen. Von v. Hofmann wurde es 1874 zuerst dargestellt. Als Antipyreticum in größeren Dosen versucht, hat sich das Mittel nicht bewährt, wie die Untersuchungen von Cahn und Hepp und von Binet zeigten.

Dujardin-Beaumetz und Bardet haben aber im vergangenen Jahre von Neuem die Aufmerksamkeit auf das Mittel gerichtet, indem das Medikament in Dosen von 0,25—0,5 überraschende antirheumatische Wirkungen ohne wesentliche Nebenwirkungen, besonders bei Neuralgien, bei Tabes und bei Angina pectoris zeigte, während sie es bei fieberhaften Krankheiten als Antipyreticum als gefährlich verwerfen.

Die Darreichung ist folgende: Rp.: Exalgin 2,5, Spir. ment. pip. 5,0, Aq. Tiliae 120,0, Syr. flor. aurant. 30,0. MDS. Morgens und Abends 1 Esslöffel, oder:

Exalgin 2,0, Tinct. cort. aur. 5,0, Aq. destill. 120,0, Syr. cort. aur. 25,0. MDS. Morgens und Abends 1 Esslöffel.

Gaudineau (Paris), Fraser (Edinburg), Heinz (Breslau) bestätigen die vorzügliche antineuralgische Wirkung des Mittels. R. selbst hat das Mittel ebenfalls mit günstigem Erfolge in Dosen von 0,25—0,5 erprobt bei Trigeminusneuralgien, Ischias, Muskelrheumatismus, Tabes. Was die Nebenwirkungen betrifft, so traten oft kurzdauerndes Schwindel- und Trunkenheitsgefühl, Augenflimmern, Ohrensaußen, einmal auch Schweiß und Cyanose auf. Exanthem hat R. nicht beobachtet.

Bokenham und Jones haben gezeigt, dass bei längerem Gebrauch Intoxikationserscheinungen auftreten können; bei einer an Myelitis leidenden Dame, welche 8 Tage lang 3mal täglich 0,4 Exalgin erhalten hatte, trat ein schwerer Collapszustand ein.

R. kann nicht umhin, ohne mit besonderem Lobe für das neue Mittel einzutreten, seine vorsichtige Anwendung wegen seiner zuweilen überraschend günstigen Wirkung zu empfehlen.

Rosin (Breslau).

Ad II. Die Thierversuche mit Exalgin (Methylacetanilid) ergaben, dass es beim Frosch die für Anilinderivate charakteristischen Erscheinungen hervorruft (im Allgemeinen die gleichen Symptome wie das Antifebrin), dass es beim Warmblüter dagegen weitaus gefährlichere Erscheinungen macht, wie entsprechende Dosen Antifebrin. Exalgin führt in kleinen Dosen zu Pulsverlangsamung durch Reizung des Vaguscentrums und zu Blutdrucksteigerung, nach größeren Dosen verschwindet die Pulsverlangsamung bald, das Herzvaguscentrum, so wie das vasomotorische Centrum sind nun für reflektorische Erregung nicht mehr zugänglich. So leicht wie Antifebrin führt Exalgin nicht zu Methämoglobinbildung, aber es bringt bei längere Zeit fortgegebenen Dosen rothe Blutkörperchen zum Zerfall, in Folge dessen kommt es zu Infarkten in Lunge, Magen und anderen Organen. In Dosen zu 0,2—0,4—0,6 wurde es beim Menschen angewandt und zwar bei Fieberkranken ohne eine nennenswerthe Herabsetzung der Temperatur. In Bezug auf schmerzlindernde Wirkung zeigte es ähnliche Wirkung wie Antifebrin, Phenacetin oder Antipyrin.

Das Methacetin zeigte ganz dieselben physiologischen Wirkungen wie das Phenacetin. Beim Menschen wurde es in einer geringen Anzahl von Fällen versucht, es ergab sich, dass mit Phenacetin verglichen die Dosen für Methacetin halb so groß sind wie die des ersteren; entsprechen 0,5 Methacetin 1,0 Phenacetin in Bezug auf fieberwidrige, 1,0 Methacetin 2,0 Phenacetin in Bezug auf antineuralgische Wirkung.

Seifert (Würzburg).

7. **Lawson Tait.** The surgery of the liver.

(Edinb. med. journ. 1889. November.)

In seinen Beiträgen zur Chirurgie der Leber erörtert T. weiterhin die gerade jetzt viel diskutirte Frage, ob durch bloße probatorische Laparotomien pathologische Produkte in der Bauchhöhle zum Schwinden gebracht werden können, und bejaht nach seinen Erfahrungen diese Frage unbedingt; er hat es wiederholt erlebt, dass selbst große Tumoren danach verschwanden, Tumoren der Leber, so wie anderer Organe, der Milz, des Pankreas, auch ein Myoma uteri, so wie Tumoren unbekannten Ursprunges. Physiologisch ist die Thatsache noch nicht zu erklären; aber dass wichtige Veränderungen sich abspielen können, sobald die Peritonealhöhle eröffnet ist, ersieht man aus folgender Thatsache. Sobald das Peritoneum incidirt ist, mag die Öffnung auch nur minimal sein, hat der Pat. tagelang quälenden Durst; drang die Incision nur bis an das Peritoneum, ohne dasselbe zu eröffnen, so fehlt diese Erscheinung. Die von manchen Seiten berichtete Heilung einer Tuberkulose des Peritoneums durch Eröffnung des Bauchfellsackes kann T. nach ausgedehnten eigenen Erfahrungen voll bestätigen. In Fällen mit eitrigem Exsudat wäscht man die Peritonealhöhle gründlich aus; in Fällen, die ungünstig ablaufen, ist diese Reinigung wahrscheinlich nicht ausgiebig genug gemacht worden, trotz der oft darauf verwandten großen Mühe. In Fällen mit serösem Exsudat hat T. zuweilen ein Drainrohr eingelegt; aber auch ohne dieses kann Heilung eintreten.

Die Wichtigkeit der Laparotomie bei Geschwülsten und anderen Krankheiten der Leber, der Milz, des Pankreas kann kaum überschätzt werden; T. erläutert dies durch Mittheilung sehr instruktiver Krankengeschichten. Er hat 17 Fälle der Art behandelt, wovon nur einer, einen schon sehr heruntergekommenen Menschen betreffend, in kurzer Zeit tödlich endete; bei allen übrigen war der unmittelbare Erfolg niemals ungünstig. Allerdings wurden nur 8 Kranke definitiv geheilt, die anderen 8 starben im weiteren Verlaufe, aber zumeist an Übeln, die an und für sich unheilbar waren (Carcinom).

T. hat 4mal den Bauchschnitt gemacht, um eine vergrößerte Milz zu entfernen; es kam aber nie dazu, weil er sich bei den schlechten Aussichten für die Zukunft nicht dazu entschließen konnte — und siehe da, bei 3 von diesen Kranken verschwand der Milztumor völlig; der 4. starb nach der Laparotomie.

Sehr bemerkenswerth ist der von T. specieller mitgetheilte Fall von Tumor des Pankreas. Im Jahre 1885 wurde T. konsultirt, um eine ca. 50jährige Dame zu untersuchen, bei welcher von anderen Ärzten die Diagnose auf Gallenstein und dadurch bedingte Ausdehnung der Gallenblase gestellt war. T. glaubte gleich nicht daran, weil der fühlbare Tumor zu tief lag und fest mit der Wirbelsäule zusammenhing, hielt ihn vielmehr für einen solchen des Pan-

kreas, und zwar, bei dem kachektischen Allgemeinzustande, für Carcinom. Nach gemachter Laparotomie zeigte es sich in der That, dass der Kopf des Pankreas in einen großen, harten Tumor verwandelt war. Die Bauchwunde wurde, ohne dass etwas Weiteres vorgenommen wurde, geschlossen. Die Kranke erholte sich zusehends und ist gegenwärtig absolut gesund.

T. bespricht sodann die Abscesse und Hydatiden der Leber. Er erklärt es bei dem jetzigen Stande der Chirurgie für eine sträfliche Unterlassung, wenn man sicher diagnosticirte Leberabscesse nicht eröffne; eben so verdammt er einfache Punktionen von Echinokokken. T. hat 17 Fälle von Leberabscess resp. -Echinococcus operirt, 15mal mit vollem Erfolge. In einem Falle war das unmittelbare Resultat der Operation gut, aber die Kranke starb 3 Monate darauf in Folge des permanenten Gallen- und Eiterabflusses. Zur Frage der etwaigen Heilung von Echinokokken durch bloße Punktion führt T. folgendes sehr instruktives Beispiel an. Eine Dame, die vor 20 Jahren auf diese Weise behandelt und angeblich »geheilt« war, kam wieder in Behandlung und es zeigte sich, dass die Blase allmählich wieder wuchs!

T. erörtert zum Schluss zwei Punkte, die für die operative Technik von größter Bedeutung sind. Zunächst die Blutungen bei Verletzung des Leberparenchyms. Bevor er Leberoperationen in größerer Zahl gemacht, fürchtete er diese Blutungen sehr, hat sich aber überzeugt, dass es damit nicht so schlimm ist. Die erste Blutung aus der Leber passirte ihm bei einer Ovariotomie; die Leber wurde bis zu einer Tiefe von ca. $1\frac{1}{2}$ Zoll eingerissen und blutete stark; aber Betupfen mit Eisenchlorid brachte die Blutung rasch zum Stehen und störte die Heilung durchaus nicht. In einem anderen Falle, wo ein größeres Gefäß durchschnitten wurde und stark blutete, stillte T. die Blutung durch Umstechung.

Eine andere Schwierigkeit glaubte T. a priori in der mürben Beschaffenheit der Lebersubstanz zu finden und fürchtete, dieselbe würde sich nicht an die Bauchwand annähen lassen; indessen auch diese Befürchtung hat sich nach der praktischen Erfahrung als grundlos erwiesen und die Anheftung der Leber an die Bauchwand ist T. stets gut gelungen. Er erklärt es demgemäß für durchaus unnöthig, erst Verklebungen der Leberoberfläche mit der Bauchwand herbeiführen zu wollen; an der Leber lasse sich eben so gut wie an jedem anderen Organe der Bauchhöhle die erforderliche Operation immer in einer Sitzung beendigen. Aussaat von Echinokokken in die Peritonealhöhle sei durch sorgfältiges Ausräumen und Auswaschen der Hauptblase zu verhüten. Giebt man auch dies für die meisten Fälle zu, so wird doch die einzeitige Operation von Leberabscessen wohl trotzdem mancherlei Bedenken begegnen.

Küssner (Halle).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **O. Lubarsch.** Über die bakterienvernichtenden Eigenschaften des Blutes und ihre Beziehungen zur Immunität.

(Centralblatt für Bakteriologie 1889. No. 18—20.)

Wir können an dieser Stelle nicht auf die Details der Arbeit L.'s eingehen. Er kommt zu dem Schlusse, dass das cirkulirende Blut von Kaninchen und Katzen gegenüber Milzbrandbacillen die bakterientödtenden Eigenschaften nicht in gleichem Maße besitzt, wie das extravaskuläre Blut. Die Immunität beruht wahrscheinlich weniger auf einer Vernichtung der Bakterien, als auf einer Verhinderung ihrer Vermehrung und allmählichem natürlichem Absterben. Die Phagocytose ist keine Eigenschaft, welche im Kampfe mit Bakterien vom Thierkörper erworben wurde, und ist keine unbedingte Schutzvorrichtung; sie ist nur sekundärer Natur und kann in gewissen Fällen den Untergang der Bacillen, in anderen den des thierischen Körpers (z. B. bei Mäuseseptikämie und Tuberkulose) unterstützen.

H. Neumann (Berlin).

9. **K. B. Lehmann.** Über die pilztödtende Wirkung des frischen Harnes des gesunden Menschen.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 15.)

L. theilt Versuche von E. Richter aus seinem Laboratorium mit, aus denen hervorgeht, dass frischer Urin Cholera- und Milzbrandbacillen energisch zerstört; weniger ausgesprochen, oft fehlend, war die Wirkung beim Typhusbacillus. (Nach den klinisch-bakteriologischen Erfahrungen dürften sich z. B. die Eiterkokken eben so wie der Typhusbacillus verhalten; leider sind sie nicht in den Bereich der Untersuchungen gezogen worden. Ref.)

Die bakterientödtende Fähigkeit des Harnes ist dem sauren phosphorsauren Kali, vielleicht auch noch anderen Salzen zu danken. Mit Aufhebung der Acidität durch Neutralisirung oder Kochen erlischt sie. **H. Neumann** (Berlin).

10. **R. v. Hösslin.** Über eine ungewöhnliche Form von Harncylindern in eiweißfreiem Urin.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 45.)

Den spärlichen Mittheilungen über das Vorkommen von hyalinen Cylindern in eiweißfreiem Urin kann Verf. eine Beobachtung anfügen, die aus mehreren Gründen interessant erscheint. Der Fall betrifft einen 35jährigen Mann, der wegen einer auf Syphilis zurückzuführenden Epilepsie in Behandlung stand und nach völligem Wohlbefinden eines Tages heftigste Leibschmerzen besonders in der Blasengegend und im Rücken bekam; der Puls klein; wiederholtes Erbrechen; Blase leer. Erst nach 18 Stunden Nachlass der Schmerzen. Der danach entleerte Urin hatte ein spec. Gewicht von 1035, und ein starkes Sediment, das aus zahllosen feinsten Flöckchen und Fädchen bestand; diese erwiesen sich unter dem Mikroskop als ein Geflecht von scharf kontourirten, dentritisch verzweigten hyalinen Cylindern; zwischen den Kontouren hatten sie ein feinkörniges Aussehen. Dieselben müssen nach der dichotomischen Verzweigung zu schließen aus den geraden Harnkanälchen stammen und da der Urin eiweißfrei war, bestanden sie wahrscheinlich aus Derivaten von Albuminstoffen, während die körnige Trübung von eingelagerten Uraten herrührte. Wie dieselben entstanden, ist schwer zu entscheiden, vielleicht in Folge starker Mucinabscheidung, die nach Nierenkoliken häufig beobachtet wird, oder aber es kam zur Ausscheidung großer Mengen harnsaurer Salze innerhalb der Nierenkanälchen und durch diese Abscheidung zu einer Reizung der Nierenkanälchen; in diesem Falle wären die gefundenen Cylinder nicht die Folge, sondern die Ursache der Nierenkolik gewesen.

Goldschmidt (Nürnberg).

11. **Rennert.** Klinisches und Statistisches zur Darmperforation bei Typhus unter Mittheilung dreier Genesungsfälle.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 52.)

In den 3 mitgetheilten Fällen von geheilter Darmperforation (bei Typhus) war die stattgehabte Perforation mit Sicherheit zu entnehmen aus dem plötzlichen Collaps, den plötzlich auftretenden heftigen Schmerzen. Im 1. Falle blieb die Leberdämpfung nachweisbar, aber es entstand rasch ein Exsudat in der Bauchhöhle (Austritt von Gas und von Darminhalt in einen wahrscheinlich schon vorher abgekapselten Raum), in den beiden anderen war entweder gar kein oder nur wenig Luftaustritt in die Bauchhöhle erfolgt.

R. unterscheidet zwischen Perforationen mit folgender Pneumatose der ganzen Bauchhöhle und solchen ohne oder mit beschränktem Gasaustritt. Beiden Arten der Perforation ist der plötzliche Schmerz und die aus dem Collaps hervorgegangene Serie von Erscheinungen gemeinsam, die Verschiedenheit zeigte sich im Verhalten der Leberdämpfung.

Eine Tabelle über die Häufigkeit der Perforationen im Verhältnis zu den Typhustodesfällen, über das Alter der betr. Personen, so wie über den häufigsten Sitz der Durchbruchsstelle erstreckt sich auf die Zeit vom 1. Januar 1878 bis 1. September 1889. Aus dieser ergiebt sich eine relative Häufigkeit der Perforation bei Kindern bis zum 12. Lebensjahre. Unter 362 Sektionen von Typhusleichen fand sich Perforation 41mal (11,3%) verzeichnet.

Der Sitz der Perforation war meist im Ileum, nicht sehr weit von der Klappe entfernt, nur je 2mal im Dickdarm und Processus vermiformis.

Seifert (Würzburg).

12. **H. Dörfler** (Weißenburg a/S.). Ein Beitrag zur Ätiologie der akuten gelben Leberatrophie.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Während einer in den Sommermonaten in Weißenburg herrschenden Typhusepidemie erkrankte Anfangs August eine 31jährige Frau an einem mittelschweren Typhus, der in den ersten 3 Wochen bis zum 18. August normal verlief, an diesem Tage schon normale Temperatur aufwies. In der Nacht vom 18. zum 19. August traten plötzlich heftige Schmerzen in der Lebergegend auf, die Anfangs als Gallensteinkolikschmerzen aufgefasst wurden; am 20. August war Pat. soporös, es trat leichter Ikterus auf, der Puls war sehr beschleunigt, Temperatur 40,6. Der Leib war nirgends druckempfindlich, Nachts erfolgte Erbrechen und am anderen Tage früh trat der Exitus letalis ein. Die Sektion ergab abgeheilten Typhus abdom., Verschluss des Ductus cyst. durch Gallensteine, Gallensteine in der Gallenblase, akute gelbe Leberatrophie, akute parenchymatöse Nephritis und Milztumor.

Verf. glaubt nun, dass die noch im Blute vorhandenen massenhaften Typhusbacillen in der durch die Gallenstauung zu einem eminenten Nährboden für diese umgewandelten Leber die Ursache zu der akuten Leberatrophie abgegeben haben, obwohl der Nachweis dieser Bacillen weder im Blute noch in der Leber erbracht wurde (Ref.).

Goldschmidt (Nürnberg).

13. **Wassilieff.** Über infektiösen Ikterus.

(Wiener Klinik 1889. Hft. 8 u. 9.)

W. giebt 17 Fälle eigener Beobachtung und skizzirt nach einer Vergleichung mit den in der Litteratur niedergelegten 52 Fällen die wesentlichen Punkte des Krankheitsbildes. Er zieht folgende Schlüsse: es kommt in Europa meist sporadisch eine akute fieberhafte Erkrankung vor, welche dem in Ägypten und Smyrna endemischen Typhus biliosus sehr ähnlich ist; sie verläuft mit schweren nervösen Erscheinungen, Leber- und Milzschwellung und Störungen in der Nierenfunktion; ihr charakteristisches und konstantes Symptom sind Ikterus und Schmerzen in verschiedenen Muskelgruppen. Sie verläuft meist günstig und endet am 7. bis 11. Tage; zuweilen erfolgt noch eine zweite Temperatursteigerung.

H. Neumann (Berlin).

14. **Debove.** Cancer de l'estomac chez un jeune homme de dix-huit ans.

(Soc. méd. d. hôpitaux 1889. November 22. — Journ. d. soc. scientif. 1889. No. 48.)

18jähriger Mann, bisher gesund, erkrankt mit wiederholtem Blutbrechen und stirbt nach 3 Monaten unter den Erscheinungen der Anämie und eines starken Ascites. Bei der Autopsie finden sich ca. 10 Liter ascitischer Flüssigkeit, etwas Blut in Magen und Darm und ein ungefähr handtellergroßes Carcinom an der kleinen Curvatur des Magens. Die Drüsen am Leberhilus waren carcinomatös; doch sieht selbst für den Fall, dass sie die Pfortader komprimirt hätten, hierin keine genügende Erklärung für den starken Ascites. **H. Neumann** (Berlin).

15. **Peltesohn.** Über Larynxödem.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43 u. 44.)

Ausführliche Arbeit über Larynxödem. Unter den Veranlassungen des nach P.'s Anschauung niemals essentiellen Larynxödems muss man zwischen akut entzündlichen Ursachen unterscheiden und der einfachen serösen Infiltration der Submucosa in Folge von Stauung und Hydrops. Zu den ersteren gehören alle im Larynx oder seiner Umgebung sich abspielenden entzündlichen Affektionen, das Erysipel und die akut infektiöse Phlegmone des Rachens, die Diphtherie und der Krup, zu den letzteren alle mit allgemeinen Hydropsien einhergehenden Krankheiten (Klappenfehler, chronische Lungen- und Nierenaffektionen etc.) und Stauungen aller Art (Geschwülste im Mediastinum, Bronchialdrüsenschwellungen etc.). Außerhalb dieser beiden großen Gruppen steht das angioneurotische Larynxödem und das nach der Einverleibung von Jodkalium entstehende, so wie die von Glasgow mitgetheilten Formen von epidemisch auftretendem Ödem der oberen Luftwege.

Für die Statistik des Larynxödems hat P. die Sektionsprotokolle der Charité vom Jahre 1873—1878 durchgesehen und bei 3887 Sektionsprotokollen 210mal die Notiz Oedema laryngis gefunden, das 44mal auf örtliche Erkrankungen und 166mal mit Erkrankungen des Gesammtorganismus in Zusammenhang gestanden hatte.

Schließlich werden noch die Symptome, Diagnose und Prognose, so wie Therapie des Larynxödems besprochen. **Seifert** (Würzburg).

16. **Gerling** (St. Louis). Über das Erysipel des Kehlkopfes.

(Med. Monatsschrift New York 1890. No. 1.)

3 Kinder im Alter von 11 Monaten bis 5 Jahren erkrankten innerhalb 4 Tagen an schweren laryngealen Erscheinungen mit heftigem Fieber. In ganz kurzer Zeit, 1—3 Tagen, gingen die Pat. unter Erscheinungen der Larynxstenose zu Grunde. Die laryngoskopische Untersuchung war nicht möglich. Gleichzeitig mit der Erkrankung des ersten Kindes entwickelte sich bei einem 9jährigen Kinde ein Erysipel, welches sich auf das Gesicht und einen Theil der Kopfhaut beschränkte. Dasselbe Kind hatte 6 Wochen früher bereits eine Gesichtsrose überstanden. Auch bei dieser Pat. war der Pharynx geröthet und es stellte sich Heiserkeit ein, ohne jedoch drohende Symptome zu verursachen, diese Pat. wurde geheilt. Die Sektion des 2. Kindes wurde vorgenommen, es ergab sich Injektion der Schleimhaut des Larynx, Erscheinungen von vorher bestandenem Ödem, Schwellung der Epiglottis.

Es wurde für alle 3 Fälle die Diagnose: Erysipel des Larynx gestellt. G. bezweifelt, dass die Tracheotomie (sie war vorgeschlagen aber verweigert worden) erfolgreich gewesen wäre, da sich sehr bald hochgradige Schwächeerscheinungen einstellten. **Seifert** (Würzburg).

17. **A. Schapringer** (New York). Congenital bilateral Pleuroplegia and facial paralysis.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1889.)

Bei einem 8jährigen Mädchen, dessen Gestalt und Intelligenz seinem Alter entsprachen und dessen Gesicht einen starren, maskenartigen Ausdruck zeigt, be-

steht doppelseitige Facialisparalyse mit Aufhebung der mimischen Gesichtsbewegungen. Es findet sich beiderseits Epicanthus. Karunkel und Plica semilunaris der Augen sind dürftig entwickelt. Die Pupillen sind gleich und reagiren prompt. Während die Konvergenzbewegung der Augen erhalten ist, fehlt die durch kombinirtes Zusammenwirken der Interni und Externi bedingte Lateralwendung der Augen nach beiden Seiten. Aufwärts- und Abwärtsrollung der Bulbi ist vorhanden. Die ausgestreckte Zunge deviirt nach links; es besteht Parese des M. pterygoideus intern. dexter und Schwäche der Beine. Als kongenitale Anomalien sind noch Uvula bifida, leichter Grad von Trichterbrust und Verkrümmung des linken Zeigefingers zu erwähnen. Verf. schlägt vor, für die Lähmung der conjugirten Seitenbewegung der Augen die Bezeichnung Pleuroplegie oder Ophthalmopleuroplegie einzuführen (Pleuron die Seite) und erwähnt, dass bisher in der Litteratur nur vier seinem parallele Fälle vorhanden sind (A. Gräfe, Harlan, Chisolm und Möbius). **J. Ruhemann** (Berlin).

18. **Hughlings Jackson and Charles E. Beevor.** Case of tumour of the right temporo-sphenoidal lobe bearing on the localisation of the sense of smell and on the interpretation of a particular variety of epilepsy.

(Brain 1889. Oktober.)

Es handelt sich um einen Tumor (Rundzellensarkom), der die vorderste Spitze des rechten Schläfenlappens einnahm, im Bereich eines durch das Chiasma gelegten Frontalschnittes (vorderster Abschnitt des G. temp. II und III und des G. uncinatus), Mandelkern, Rinden- und Marksubstanz occupirte, nach hinten sich in das Marklager fortsetzte, wo er in einer durch die Mitte der Brücke gelegten Frontalschnittsebene endigte. Das interessanteste Symptom waren epileptische Anfälle ohne vollständige Bewusstseinspause, die eingeleitet wurden durch subjektive Geruchsempfindungen höchst wiederwärtiger Art; damit waren Anzeichen einer »visuellen Aura« und Erstickungsgefühl verknüpft — eine Kombination, auf die zuerst Gowers aufmerksam gemacht hat. Keinerlei sonstige sensorische Störung, auch der Geruch auf beiden Seiten erhalten. Zunehmende linksseitige Parese, erst der Gesichts-, dann auch der Extremitätenmuskulatur, erklärt sich durch die Nachbarschaft der inneren Kapsel. Abnahme der geistigen Fähigkeiten, sub finem Neuritis optica; während des ganzen Verlaufs kein Kopfweh.

Tuczek (Marburg).

19. **Laaser.** Zur Behandlung der Ischias durch externe Applikation von Schwefelblüthe.

(Deutsche Medicinalzeitung 1889. No. 63.)

L. theilt mit, dass er die (von Amerika aus empfohlene) lokale Anwendung von Flores sulfuris zur Behandlung der Ischias in zwei Fällen dieser Krankheit — der eine leicht, der andere schwer — mit sehr gutem Erfolge angewendet habe.

A. Freudenberg (Berlin).

20. **H. v. Liebig.** Theorie und Praxis in der Kinderernährung, insbesondere über den Liebig'schen Suppenextrakt.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 50.)

Zur nothwendigen Gleichstellung des Kuhkaseins mit Frauenkasein, wie sie für die künstliche Ernährung des Säuglings angestrebt wird, sind verschiedene Wege eingeschlagen worden. Am verbreitetsten ist wohl das Biedert'sche Verfahren der starken Verdünnung der Milch mit Wasser, gegen welches jedoch Escherich aufgetreten ist, der von Anfang an gleiche Theile Milch und Wasser vorschlägt. Diesen gegenüber tritt Verf. wiederum für die Verwendung der Liebigsuppe ein, die in ihrem Nährstoffverhältnisse sich am meisten der Frauenmilch nähere und führt einige Beispiele an, die beweisen sollen, dass Milch und Liebigsuppe im Soxhletapparat gekocht, allen anderen Kindernährmitteln vorzuziehen sei.

Goldschmidt (Nürnberg).

21. **Martius.** Über Orexin nebst Bemerkungen zur Methodik der Prüfung von Appetit anregenden Medikamenten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 20.)

Die Wirkung des Orexin wurde bei 29 Kranken in der verschiedensten Weise geprüft unter Zugrundelegung der von Rosenbach hervorgehobenen Grundsätze für die Prüfung von Arzneiwirkungen, bei welchen der »physische Faktor« in Frage kommt (Berl. klin. Wochenschr. 1888 No. 24). Nur in 5 Fällen trat eine Vermehrung des Appetits ein, die aber nie sehr bedeutend war, in den übrigen 24 Fällen ließ sich kein Einfluss des Orexins auf den Appetit nachweisen.

Seifert (Würzburg).

22. **W. Anderson.** Fatal poisoning by chlorate of potash.

(Med. record 1889. December 28.)

Eine 70jährige Dame hatte anstatt Seignettesalz aus Versehen ungefähr 30 g (eine Unze) chlorsaures Kali genommen. 4 Stunden später zeigten sich die ersten Vergiftungserscheinungen in cyanotischer Verfärbung der Haut und der Schleimhäute, Ohnmachtsanwandlungen traten ein und weiter Erbrechen schleimiger, unblutiger Massen. Der Puls, 100 pro Minute, war schwach aber regelmäßig. Zur Hebung der Herzthätigkeit verordnete A. etwas Digitalis und Whiskey. Da aber die Benommenheit stetig zunahm, starb Pat. in komatösem Zustand ungefähr 15 Stunden nach der Einnahme des chlorsauren Kalis. Den angeblich reichlich secernirten Harn konnte A. nicht mehr zur Untersuchung bekommen.

A. vermuthet, der Tod sei in Folge zunehmender Schwäche der Herzaktion eingetreten.

H. Dreser (Tübingen).

Bücher-Anzeigen.

23. **C. Hochsinger.** Die Auskultation des kindlichen Herzens. Ein Beitrag zur physikalischen Diagnostik der Krankheiten des Kindesalters.

Wien, 1890.

An der Hand des eigenen Krankenmaterials und mit außerordentlich fleißiger und kritischer Benutzung der in der Litteratur vorhandenen Fälle und Beobachtungen behandelt Verf. eingehend die Herzaffektionen im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der auskultatorischen Verhältnisse. Und gerade durch diese eingehende Würdigung der Auskultation bietet die Arbeit eine werthvolle Ergänzung der bereits vorhandenen monographischen Darstellungen über die Herzaffektionen des Kindesalters. Die beiden ersten Kapitel behandeln die Physiologie und die normalen Auskultationsverhältnisse des kindlichen Herzens. Ausführlich bespricht Verf. in diesem Abschnitte das sog. Herz-Lungengeräusch, eine Erscheinung, deren Unkenntnis leicht zur Annahme eines endocardialen Geräusches führen kann in Fällen, in denen der Klappenapparat intakt ist, dessen Kenntnis aber schwere diagnostische Irrthümer vermeiden lässt. Zur Besprechung der Herzgeräusche sich wendend, betont H., dass im frühen Kindesalter Herzgeräusche bei Klappenerkrankungen ohne begleitende Veränderung der Herzdämpfungsfigur beobachtet werden, so dass in diesem Alter nur die Auskultation das Vorhandensein von Herzaffektionen anzeigt; es ist desswegen der bereits von West gestellten Forderung dringend zu betonen, bei kranken Kindern nie die Auskultation des Herzens zu vernachlässigen. Während der ersten 5 Lebensjahre sind die Herzgeräusche ausschließlich systolische. Accidentelle, anorganische Herzgeräusche fehlen während der ersten 3 Lebensjahre, was um so auffallender ist, weil in diesem Alter durch anämische und fieberhafte Zustände zur Entstehung solcher Geräusche ausreichend Gelegenheit geboten wird. Erst nach dem 6. Jahr sind die Verhältnisse der Auskultation denen bei Erwachsenen vergleichbar. Dauernde Veränderungen des Klappenapparates werden hervorgerufen zunächst durch die

akute Endocarditis. Der Sitz dieser Affektion ist mit Vorliebe die Mitralklappe, selten werden die Aortenklappen betheiligt. Die Endocarditis tritt entweder primär oder sekundär auf im Gefolge der akuten Infektionskrankheiten, unter denen der Rheumatismus acutus und das Scharlach die Hauptrolle spielen. Für den Rheumatismus acutus betont Verf. die Thatsache, »dass zum Begriffe der rheumatischen Endocarditis der Kinder das Vorhandensein von Gelenkschwellungen durchaus nicht unumgänglich nothwendig ist. Vielmehr wird das Zusammentreffen von Glieder- und Gelenkschmerzen bei Kindern mit cardialen Symptomen, insbesondere mit systolischen Geräuschen genügenden Grund bieten, eine rheumatische Endocarditis anzunehmen«. Es werden dann die Herzgeräusche, welche im Gefolge der Chorea auftreten, besprochen und diejenigen, welche nicht durch einen entzündlichen Process des Endocardiums verursacht werden, sondern ihren Grund haben in einer passiven Dilatation des linken Ventrikels und einer dadurch bedingten relativen Insufficienz der Mitralklappe. Diese letztere Affektion wird besonders im Verlauf der akuten scarlatinösen Nephritis beobachtet. Die vier letzten Abschnitte sind der Besprechung der Auskultationsverhältnisse bei den angeborenen Herzanomalien gewidmet.

Wir haben in Vorstehendem den Inhalt der äußerst anregenden und lesenswerthen Arbeit nur skizziren können und empfehlen dieselbe nicht nur dem Pädiater, sondern dem ärztlichen Publikum zum Studium.

Wir vermissen die Abhandlung der pericardialen Affektionen, die im Kindesalter doch auch eine wichtige Rolle spielen und mannigfache Besonderheiten bieten, wenn gleich der Verf. formell entschuldigt ist durch die Bemerkung im Vorwort, dass er mit seiner Publikation eine »Pathologie der kindlichen Herzkrankheiten« nicht liefern wollte. **P. Meyer** (Berlin).

24. **Fleischer.** Lehrbuch der inneren Medicin. 2. Band.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1890.

Die erste Hälfte des zweiten Theiles dieses Lehrbuches hat zum Inhalt die Krankheiten der tieferen Athmungswege, der Lungen und der Pleura, des Herzens, des Herzbeutels, der Gefäße und der Krankheiten des Mundes und des Rachens. Die Anordnung des Stoffes ist die gleiche, wie in dem 1. Bande, welchen wir einer kritischen Besprechung in diesem Centralblatt (s. 1888 No. 29) unterzogen haben. Die gleiche Anerkennung, die wir dem Verf. für den 1. Band gezollt haben, müssen wir ihm auch für den vorliegenden Band aussprechen, zumal Verf. von den seiner Zeit gemachten Aussetzungen Kenntnis genommen und u. A. der Therapie mehr Berücksichtigung erwiesen hat.

Jeder größeren Krankheitsgruppe nicht nur, sondern auch vielen wichtigen Krankheitskapiteln ist eine allgemeine bezw. historische Einleitung zur Orientirung vorausgeschickt. Eben so wie in dem 1. Bande finden sich auch hier die wichtigsten Krankheitsformen durch kurzgefasste Krankengeschichten illustrirt.

Diesem Bande ist eine Farbentafel beigegeben, welche in sehr schöner Ausführung Abbildungen von Mikroorganismen, Blut, Harncylindern und Sputumbestandtheilen enthält.

Die Ausstattung des ganzen Buches ist eine sehr gute, nur Eines habe ich auszusetzen, das ist der sehr kleine Druck, in welchem die Einleitungen zu den einzelnen Kapiteln gehalten sind. Im 1. Bande macht sich der kleine Druck nicht unangenehm bemerkbar, weil dort die historische Einleitung zu den Kapiteln (z. B. Syphilis, Tuberkulose) so kurz ist, dass das Auge nicht zu lange angestrengt wird. Vielleicht lässt sich bei einer weiteren Auflage eine Änderung treffen, wenn auch durch eine solche das Buch voluminöser werden müsste.

Seifert (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,

Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,

Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 36. **Sonnabend, den 6. September.** **1890.**

Inhalt: 1. **Lustig,** Funktion des Plexus coeliacus. — 2. **Bechterew** und **Mislawski,** Darminnervation. — 3. **Brieger** und **C. Fraenkel,** 4. **Baginsky** und **Stadthagen,** Bakteriengifte. — 5. **E. Bumm,** 6. Derselbe, Ätiologie der septischen Peritonitis. — 7. **S. Rosenberg,** Cholagoge Wirkung des Olivenöls. — 8. **Kiwull,** Solvinpräparate. — 9. **Fürbringer,** Behandlung des Hydrops. — 10. **Baginsky,** Cholera infantum. — 11. **Bongers,** Sommerdiarrhoe. — 12. **Crozer Griffith,** Friedreich'sche Ataxie. — 13. **Motschutkovsky,** Suspension bei Rückenmarkserkrankung. — 14. **L. Pfeiffer,** Verbreitung des Herpes zoster längs der Arterien.

15. **Kirsch,** Schluckakt und Herzbewegung. — 16. **Hochsinger,** Kongenitale Aortenstenose. — 17. **Dollinger,** Heredität der Tuberkulose. — 18. **Chiari,** Carcinomatöse Striktur des Ileum. — 19. **v. Rokitansky,** Polyomyelitis nach Kohlendunstvergiftung. — 20. **v. Mosetig-Moorhof,** Jodoforminjektion bei Kropf. — 21. **Ippolitoff,** Leberthran und Stickstoffumsatz bei Kindern. — 22. **Stepp,** Bromoform bei Keuchhusten. — 23. **Löwenmeyer,** Codein. — 24. **Stiller,** Natrium salicylicum. — 25. **Riegler,** Phosphorvergiftung. — 26. **Richman,** Karbolvergiftung. — 27. **Capei,** Lupinenvergiftung. — 28. Aristol. — 29. **Buschmann,** Massage bei Morphinismus.

1. A. Lustig. Ulteriori ricerche sperimentali sulle funcioni del plesso celiaco.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIV. No. 1.)

L. hatte durch Exstirpation des Plexus coeliacus andauernde Acetonurie erzeugen können. Die Versuche über diesen Gegenstand hat er jetzt weiter fortgesetzt. Zunächst hat er elektrische Reizungen des Plexus vorgenommen, oder er hat denselben durch Essigsäure gereizt. Die Erscheinungen waren dieselben wie die nach der Exstirpation: vorübergehende, zuweilen auch ausbleibende Glykosurie; Acetonurie, die bei längerer Dauer zu schweren Symptomen führt; subnormale Temperatur.

L. hat ferner, um zu entscheiden, ob der Plexus coeliacus ein für die Entwicklung des Diabetes nothwendiges Organ sei, an Kaninchen, denen er denselben exstirpirt hatte, den Zuckerstich

ausgeführt. Alle diese Thiere bekamen Glykosurie; dieselbe konnte von langer Dauer sein. Für die Hervorrufung dieser Form des Diabetes ist das Bestehen des Plexus also nicht nothwendig.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **W. Bechterew** und **N. Mislawski** (Kasan). Über centrale und periphere Darminnervation.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Supplementband. 1889.)

Die Versuchsmethode war folgende: Bei curaresirten Hunden wurde in eine Darmschlinge (Duodenum, Dünndarm, Mastdarm) ein kleiner Ballen von Guttapercha eingeführt, der durch ein Glasrohr von außen mit Wasser gefüllt werden konnte. Das Glasrohr stand mit einem Wassermanometer, dieser mit einem Registrirapparat und dem Kymographion in Verbindung.

Die Resultate, zu denen die Autoren kommen, sind folgende:

1) Der normale Darmtonus, eben so wie sein Rhythmus und seine Peristaltik wird durch die Thätigkeit der peripheren Nervenapparate, welche in der Darmwandung selbst vorhanden sind, unterhalten.

2) Außerdem wird sowohl der Dünn- wie der Dickdarm auch von den Vagis und dem sympathischen Nervensystem aus innervirt.

3) Die Vagi versehen hauptsächlich den Dünndarm und theilweise den obersten Abschnitt des Dickdarmes.

4) Ihrer Wirkung nach sind die Vagi gemischte Nerven, meist haben sie jedoch einen vorzugsweise erregenden Einfluss.

5) Die Splanchnici, obwohl sie gewöhnlich einen hemmenden Einfluss auf die Darmthätigkeit äußern, können dennoch nicht als ausschließliche Hemmungsnerven des Darmes angesehen werden.

6) Die Wirkung des Brustsympathicus auf die Darmbewegung ist unbeständig.

7) Im Hirn sind die Centra für Darmbewegung in der Großhirnrinde hauptsächlich auf der Sigmoidal- und der ihr hinten und außen anliegenden 2. Urwindung und in den Sehhügeln koncentrirt.

8) Sowohl in der Großhirnrinde wie in den Sehhügeln existiren besondere Centra für Kontraktion und Erschlaffung des Dünndarmes und gleiche für den Dickdarm.

9) Der Einfluss der Hirncentra wird dem Darm theils durch die Vagi, theils durch das Rückenmark und durch die aus dem letzteren zum sympathischen Nervensystem tretenden Fasern übermittelt.

10) Die den Dünndarm innervirenden Fasern des sympathischen Nervensystems gehen beim Hunde von den Brustnerven, hauptsächlich vom 6.—13. Brust- und vom 1. Lendennerven aus, und die den Dickdarm innervirenden von allen übrigen Lendennerven und den 3 Kreuzbeinnerven, hauptsächlich aber vom 6. und 7. Lenden- und 1., 2. und 3. Kreuzbeinnerven.

Leubuscher (Jena).

---

3. **L. Brieger** und **C. Fraenkel**. Untersuchungen über Bakteriengifte.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 11 u. 12.)

4. **A. Baginsky** und **M. Stadthagen.** Über giftige Produkte saprogener Darmbakterien.

(Ibid. No. 13.)

Brieger und F. suchten mit Erfolg nach Methoden die von den Bakterien im inficirten Körper gebildeten Gifte zu isoliren und konnten hiernach die Natur und die Zusammensetzung dieser Gifte festzustellen den Anfang machen.

Sie gingen zunächst vom Diphtheriebacillus aus, den sie in 22 Fällen von Diphtherie regelmäßig gewinnen konnten und über dessen Biologie sie eine Reihe von Bemerkungen machen, die wir hier übergehen dürfen. In weitgehender Übereinstimmung mit den Arbeiten von Roux und Yersin fanden sie, dass der Löffler'sche Diphtheriebacillus in seinen Kulturen eine giftige, lösliche, von den Bakterien trennbare Substanz erzeugt, welche bei empfänglichen Thieren diejenigen Erscheinungen hervorruft, die sich sonst nach der Übertragung der lebenden Mikroorganismen entwickeln (z. B. Lähmungen). Diese Substanz geht bei einer Temperatur von mehr als 60° zu Grunde und lässt sich bei 50° eindampfen (selbst bei vorhandenem Überschuss von Salzsäure). Hingegen fehlten in den Kulturen des Diphtheriebacillus jedwede Ptomaine.

Die erwähnte giftige Substanz ließ sich aus der durch Filtration keimfrei gemachten Kulturflüssigkeit durch Ausfällen mit Ammoniumsulfat bei 30° und Entfernung des Salzes durch Dialyse rein darstellen, noch leichter aber dadurch, dass das Filtrat bei 30° auf ein Drittel seines Volumens eingedampft und in die etwa 10fache Menge mit Essigsäure angesäuerten Alkohols eingetragen wurde. Der Niederschlag wurde durch wiederholtes Aufnehmen in Wasser, Filtriren und Ausfällen gereinigt. Es zeigte sich nunmehr, dass es sich um einen dem Serumalbumin nahe stehenden Eiweißkörper handelte, der dieselben Vergiftungssymptome wie die Bacillenkulturen resp. deren Filtrat bei den Versuchsthieren hervorrief. (Membranbildung wird jedoch ausschließlich durch den lebenden Bacillus selbst hervorgerufen.)

Dieser Eiweißkörper ist in unwirksam gewordenen Diphtheriebacillenkulturen durch einen anderen, nicht toxischen Eiweißkörper ersetzt.

Verff. bezeichnen die giftigen Eiweißkörper als Toxalbumine und nehmen an, dass die Bakterien dieselben im inficirten Körper aus dem Gewebseiweiß aufbauen. Sie wiesen nun nach, dass solche Toxalbumine, eben so wie durch den Diphtheriebacillus durch den Typhus-, den Cholera-, den Tetanus-, den Milzbrandbacillus und den Staphylococcus aureus gebildet werden und auch gewisse thierische Gifte, wie z. B. das Gift der Cobraschlange hierher gehören.

Ein Theil dieser Toxalbumine ist, im Gegensatz zu dem z. B. vom Diphtheriebacillus erzeugten, in Wasser unlöslich oder schwer löslich; über ihre speciellen Eigenschaften finden sich nur erst Andeutungen.

Es bedarf keiner weiteren Ausführung, dass die vorliegenden Untersuchungen von großer Bedeutung sind. Sie geben gleichsam die Einleitung zu einem Kapitel der Bakteriologie, welches eines der ausgedehntesten, interessantesten und praktisch wichtigsten zu werden verspricht. —

Baginsky und S. fanden, dass ein dem Finkler-Prior'schen Bacillus ähnlicher Bacillus, den B. aus Durchfallfäces gezüchtet hatte, bei Körpertemperatur aus Pferdefleisch neben einer mäßig giftigen Base und neben Ammoniak einen giftigen, den Peptonen zugehörigen Körper bildet. Milch mit dem gleichen Bakterium inficirt, gewann zwar ebenfalls eine beträchtliche Giftigkeit, doch ließ sich nicht derselbe giftige Körper wie aus dem Fleisch gewinnen.

H. Neumann (Berlin).

---

5. **E. Bumm** (Würzburg). Zur Ätiologie der septischen Peritonitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 42.)

6. Derselbe. Zur Ätiologie der septischen Peritonitis.

(Ibid. 1890. No. 10.)

B. unterscheidet nach seinen bakteriologischen Untersuchungen vom ätiologischen Standpunkte die folgenden Formen von Peritonitis:

I. Aseptische (nicht infektiöse, einfache, gutartige) Peritonitis.

Wird durch mechanische, chemische, thermische Reize hervorgerufen; charakterisirt durch Neigung zu fibrinösen Exsudationen und Verklebungen der Serosablätter; in der Regel lokalisirt. Ob diese Form eitrig werden kann, ist fraglich.

II. Septische Peritonitis.

a) Streptokokkenperitonitis, meist durch puerperale Infektion bedingt, kann aber auch durch Durchbruch septischer Eiterherde, durch Infektion bei Operationen und Verwundungen entstehen. Bei akutem Verlaufe in der Bauchhöhle dünne, flockige, hellgelbe, bei Thierübertragung sehr virulente Flüssigkeit, bei langsamem Verlaufe Exsudat dicklich und mehr eiterähnlich, weniger virulent. Wahrscheinlich können auch die pyogenen Staphylokokken ähnliche Formen hervorrufen.

b) Putride Peritonitis, entsteht nach Laparotomien und Perforationen der Hohlorgane des Abdomen (in letzterem Falle nur, wenn die Kommunikation dauernd anhält; gelangt nur wenig Darminhalt, z. B. aus dem Wurmfortsatz in die Peritonealhöhle, erfolgt in der Regel Abkapselung). Blutig-seröser, respektive jauchiger Inhalt in der Peritonealhöhle. Bakteriologisch: Gemisch verschiedener, großentheils nicht virulenter Bakterien. Findet sich eine größere Zahl der Pilze etwa in Folge günstiger Nährbodenver-

hältnisse (stagnirendes Blut oder Wundflüssigkeit, umfangreiche Infiltration der Serosa etc.), so kann bei der großen Resorptionsfähigkeit des Bauchfelles die Menge der ins Blut aufgenommenen Fäulnisgifte eine so große werden, dass die Kranken der putriden Infektion erliegen.

Wahrscheinlich kommen auch Mischformen von septischer und putrider Peritonitis vor.

III. Specifische Entzündung des Peritoneum.

Hierher gehört vor Allem die tuberkulöse Peritonitis. Ob es eine gonorrhoische Peritonitis giebt, ist zweifelhaft, da die Gonokokken wahrscheinlich nur auf Schleimhäuten pathogene Wirkung entfalten. (Reiner gonorrhoischer Eiter aus geplatzten Tubensäcken wird in der Regel abgekapselt; anders wenn er durch Mischinfektion auch pyogene Keime enthält, in welchem Falle septische Peritonitis [IIa] folgen kann.)

In seiner zweiten Mittheilung wendet sich B. gegen Predöhl und E. Fraenkel, welche die B.'sche Eintheilung für die septische Peritonitis in die zwei Grundtypen der infektiösen Streptokokkenperitonitis und der putriden Peritonitis nach eigenen Untersuchungen verworfen hatten. B. weist nun darauf hin, dass ihre Resultate, weil an Leichen gewonnen, nicht beweisend sein könnten, da es nirgends im Körper zu einer so raschen postmortalen Einwanderung von Mikrobien komme, als gerade im Peritoneum. So habe er zum Beispiel in einem Falle von puerperaler Peritonitis in dem mit der Spritze in der Agone aspirirten Eiter nur Streptokokken, 3 Stunden post mortem aber daneben bereits zahlreiche andere Mikrobien gefunden.

A. Freudenberg (Berlin).

---

7. **S. Rosenberg.** Über die cholagoge Wirkung des Olivenöls im Vergleich zu der Wirkung einiger anderen cholagogen Mittel.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVI.)

Verf. hat an 2 Hunden mit Gallenfisteln die Bedingungen der Größe der Gallensekretion unter verschiedenen Verhältnissen geprüft. Zunächst wäre zu bemerken, dass die Thiere in der ersten Zeit nach der Operation abmagerten, Kollern im Leibe, Abgang stinkender Gase etc., also die bekannten Erscheinungen bekamen, dann sich aber bei einer Kost von 500 g Pferdefleisch mit Reis gut hielten.

Die ersten Versuchsreihen beschäftigen sich mit der Gallensekretion im Hungerzustande und während der Verdauung. Im Hungerzustande (nach 24stündigem Fasten) findet sich ein Ansteigen der Gallenmenge, sowohl der festen Substanz als des Wassers zu denjenigen Stunden, an denen an anderen Tagen der Einfluss der Verdauung oder cholagoger Mittel die Gallenmenge zu erhöhen pflegt, im Übrigen eine Abnahme der Sekretion. Unter dem Einflusse der Verdauung beginnt die Gallenabsonderung zu steigen; schon in der

ersten Verdauungsstunde bemerkbar, erreicht die Zunahme in der zweiten Stunde ihr Maximum. Die Konsistenz der Galle nimmt dabei ab.

Weiter hat Verf. den Einfluss des Olivenöls, der Galle, des salicylsauren Natrons, der Durande'schen Mischung (1,0 Ol. therebinth. zu 3,0 Aether sulfur.), des Wassers allein und des künstlichen Karlsbader Salzes geprüft.

Olivenöl hat starke gallentreibende Wirkung in großen Dosen (50,0—120,0). Auch die Galle und das salicylsaure Natron wirken in dieser Richtung, wenn auch schwächer. Wasser in den Mastdarm in größeren Mengen injicirt, hat eine rasch vorübergehende Steigerung zur Folge. Die Durande'sche Mischung in oben angeführtem Verhältnis lässt keinen Einfluss erkennen, wohl aber kann man durch Terpentinöl allein eine Gallenzunahme erzielen. Karlsbader Salz, sowohl rein als mit viel Wasser gegeben, ruft Verminderung der Gallenabsonderung hervor. **Leubuscher** (Jena).

---

8. **E. Kiwull.** Über die Wirkung einiger Solvinpräparate.

(Arbeiten des pharmakologischen Instituts, hrsg. von R. Kobert. 3. Hft.) Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1889.

Als »Solvine« bezeichnet man in der Pharmacie die Alkalisalze von Ätherschwefelsäuren verschiedener Fett- resp. Ölsäuren. In der Alizarinfärbetechnik finden diese Produkte schon seit längerer Zeit unter dem Namen »Türkischrothöl« Verwendung.

In ihren pharmakologischen Wirkungen gehören diese Substanzen zu den Körpern der Saponingruppe. Sie bewirken wie diese Auflösung der rothen Blutkörperchen und Lackfarbenwerden des Blutes. An Muskeln (Herz- wie Skelettmuskeln) tritt unter Verlust der mikroskopischen Querstreifung körniger Zerfall auf. Nach der Injektion in das Blut treten profuse Durchfälle ein, so wie Entleerung von albumin- und cylinderhaltigem Urin.

Die Resorption der Solvinsalben ist von der unversehrten Haut aus gleich Null.

Subkutan injicirt werden die Solvinpräparate entweder nicht oder nur in so geringen Mengen resorbirt, dass es zu keinen nachweisbaren allgemeinen Störungen kommt, wohl aber trat eine ausgebreitete Eiterung, d. h. Entzündung ohne Bakterien ein.

Bandwürmer und Ascariden, welche außerhalb des Thierkörpers in geeignet temperirten und zusammengesetzten (Bunge'schen) Flüssigkeiten sich befanden, starben, wenn durch Solvinzusatz der Gehalt der Flüssigkeiten auf 1 resp. 3—5% gebracht war. Gleichwohl ist das Solvin als Anthelminthicum nicht zu gebrauchen, weil es für den Träger der Parasiten nicht unschädlich sein dürfte und auch nicht in genügender Koncentration in den Darm gelangen dürfte, um seine Wirkung auf die Parasiten entfalten zu können.

Außer den Solvinen lösten auch das ricinolsaure Natron und andere Seifen die rothen Blutkörperchen auf.

H. Dreser (Straßburg i/E.).

---

9. **Fürbringer.** Über die Behandlung des Hydrops.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 12.)

Je nachdem das im Organismus aufgestapelte Wasser abgeführt werden soll, durch die Schweißdrüsen, die Nieren, den Darm und durch direkte oder mechanische Maßnahmen, wird die äußere und innere Diaphorese, die Diurese, die Katharse, die chirurgische Behandlung in Frage kommen. Diese verschiedenen Behandlungsmethoden werden nach einer kurzen Besprechung der Pathogenese und der Klinik der Wassersucht einer kritischen Betrachtung unterzogen unter Beiziehung seiner eigenen reichen Erfahrung. Bei der renalen Wassersucht greift F. im Beginn principiell, wofern nicht besondere Kontraindikationen vorliegen, zur äußeren Diaphorese, event. in Verbindung mit Laxantien, macht aber, zumal gegenüber den cardialen Formen, bei ungenügendem Erfolg von den eigentlichen Diureticis baldigst, von den chirurgischen Maßnahmen in letzter Instanz Gebrauch. Die äußere Diaphorese findet eine ausführliche Besprechung, aus der mancherlei praktische Winke zu entnehmen sind, die innere wird mit wenig Worten abgethan, da F. von ihrem Hauptrepräsentanten, dem Pilokarpin, im Vergleiche zu seinen großen Nachtheilen wenig Vortheil gesehen hat. Bei dem cardialen Hydrops wird die Digitalis durch kein anderes Mittel ersetzt, wenn auch dem Strophanthus, Koffein, Theobrominum natriosalicylicum (Diuretin) und Kalomel, so wie den pflanzensauren Alkalien einiger Werth zukommt. Als entbehrlich bezeichnet F. die Adonis, die Squilla, das Convallamarin, die Blatta orientalis, das Spartein und den Milchzucker.

Die Darreichung der Abführmittel möchte F. auf relativ akute Hydropsformen bei leidlichem Kräftezustand und gutem Puls beschränkt sehen.

Hilft keine der genannten Maßnahmen, auch nicht in Kombination, so empfiehlt F. von den chirurgischen Eingriffen lange und tiefe, spärliche Skarifikationen, zur Vermeidung der Maceration wird nur in die abhängigen, auf Torfkissen lagernden Partien eingeschnitten oder die Extremitäten an Schlingen von antiseptischer Gaze hochgehängt.

Seifert (Würzburg).

---

10. **Baginsky.** Über Cholera infantum.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 46, 47 u. 49.)

Verf. theilt im ersten Theile seiner Arbeit die Resultate klinischer und bakteriologischer Untersuchungen über die Cholera infantum mit und kommt zu dem Schlusse, dass diese keine specifische,

durch ein bestimmtes Bakterium verursachte Krankheit sei, sondern dass bei derselben eine große Anzahl verschiedener Bakterienformen gefunden werden, die zusammen jenes Krankheitsbild hervorrufen. Es handelt sich hier nur um Saprophyten und bei der Cholera infantum demnach um nichts Anderes, als um eine Wirkung von saprophyten Mikroorganismen. Diese Auffassung von der saprogenen Natur der Krankheit besteht nicht nur für die Sommerdiarrhoen der Kinder in Berlin, sondern auch für die in anderen Städten beobachteten ähnlichen Erkrankungen zu Recht.

Im zweiten Theile bespricht Verf. einzelne Symptome, Nachkrankheiten, so wie die Therapie der Cholera infantum. Er macht in erster Linie auf ein zuweilen auftretendes eigenthümliches Exanthem aufmerksam, das in Form von kleinen roseolaähnlichen Flecken auftritt, welche den ganzen Körper oder auch nur die Extremitäten überziehen; dasselbe verläuft ziemlich rasch, verschwindet nach 1 bis 2 Tagen ohne Desquamation. Das Auftreten dieses Exanthems ist prognostisch kein ungünstiges Symptom. Zuweilen findet man noch eine andere Art von Exanthem, das als Erythema multiforme gedeutet werden kann, und gleichfalls rasch ohne wesentliche Erscheinungen zurückzulassen, verschwindet. Unter den sekundären Erkrankungen nach der Cholera infantum verdient ein Symptomenkomplex besondere Aufmerksamkeit, den man entsprechend der bei der Cholera asiatica üblichen Ausdrucksweise als Choleratyphoid bezeichnen kann; er ist dadurch charakterisirt, dass die Kinder anfangen, somnolent zu werden, apathisch daliegen, fiebern, sehr durstig werden und zuweilen noch starke, manchmal schleimigeitrige, fadenziehende, selbst eitergemengte Diarrhoen bekommen; dazu kommt bald Husten, Bronchitis und Bronchopneumonie, multiple Abscesse treten auf, der Urin enthält Albumen oder es besteht auch Anurie; die Kinder schlafen mit halb offenen Augen und bald bildet sich dabei Xerosis corneae aus. Es ist dies eine so prägnante Symptomengruppe, dass sie als Choleratyphoid den bisher bekannten Sekundäraffektionen der Choleraattacke, dem einfachen Hydrocephaloid und dem Sklerom gegenübergestellt zu werden verdient. Therapeutisch empfehlen sich für die leichteren Fälle Kalomel, Resorcin, Naphthalin und die übrigen bekannten antiseptischen Mittel; ganz im Beginn der Erkrankung, bei noch guten Kräften des Kindes, leisten auch die Magenausspülungen Gutes; wichtig ist eine möglichste Reduktion der Nahrung oder selbst eine absolute Entziehung der Nahrung für einige Stunden. Letztere ist dringend zu rathen bei den schwereren Formen und gilt nicht nur für die künstliche Ernährung, sondern auch für die durch Muttermilch; dagegen ist die Darreichung von Eiswasser mit etwas Kognak, Sherry, Thee oder Kaffee geboten, ferner subkutane Injektionen von Äther, Moschus u. A. Allmählich geht man zu eisgekühltem Haferschleim, Eiweißwasser und eiskalter verdünnter Milch über. Treten Nachkrankheiten auf, so sind die einzelnen Symptome zu beachten und nach diesen

die Therapie einzurichten. Adstringentien sind auf der Höhe der Choleraattacke ganz unnöthig, eher schädlich als nützlich.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

11. **P. Bongers** (Jena). Die Sommerdiarrhoe der Säuglinge.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 30.)

Auf Grund der neueren Erfahrungen und Anschauungen über das Wesen des Brechdurchfalles der Säuglinge, dass nämlich durch andauernde Hitze in den Sommermonaten pathogene Pilze zur Entwicklung gebracht oder vorhandene außerordentlich vermehrt werden und dass der erkrankte Magen seinen Inhalt nicht mehr sterilisirt und der wehrlose Organismus von den eingedrungenen Bakterien durchsetzt und vernichtet wird, empfiehlt Verf. in der Behandlung dieser Krankheit in erster Linie zur Bekämpfung der primären Schädlichkeit Aufenthalt der Kinder in kühlen gut ventilirten Räumen, größte Reinlichkeit des Kindes selbst und alles Dessen, was mit demselben in Berührung kommt, besonders sorgfältige Sterilisation der Getränke nach dem Soxhlet'schen Verfahren. Sind die Krankheitserreger schon in den Körper eingedrungen, so gilt es, dieselben daraus zu entfernen, was im Beginn am vollkommensten durch Magen- und Darmausspülungen gelingt, oder dieselben zu vernichten, indem man möglichst wenig solche Stoffe in den Darm einführt, die das Leben der Mikroben zu unterhalten im Stande sind oder möglichst viele solcher, die deren Existenz gefährden; ersterem Zwecke dient die Hungerdiät, die Entziehung der Kohlenhydrate nach den Esmarch'schen Grundsätzen, letzterem Zwecke das Naphthalin, Kalomel, Bismuth. salicyl. und Salol. Den consecutiven Darmkatarrh behandelt man mit Kalkwasser und Bismuth. subnitr., den Collaps mit Excitantien, vortheilhaft mit Senfbädern.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

12. **J. P. Crozer Griffith**. A contribution to the study of Friedreich's ataxia with exhibition of cases.

(Reprinted from the transactions of colleg. of physicians of Philadelphia. 1. Februar 1888.)

Philadelphia, 1889. 78 S.

G. leitet seine Besprechungen mit einer Definition der Krankheit ein, welche als das Endergebnis der Untersuchung von 143 Fällen (darunter 3 eigene exakt aber kurz beschriebene Beobachtungen) zu betrachten ist und uns den wesentlichsten Inhalt seiner Ausführungen über Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf und pathologische Anatomie der Krankheit giebt: Friedreich's Ataxie ist eine chronisch-entzündliche Degeneration des Rückenmarkes, sie beginnt in frühester Kindheit und ist, manchmal schon während des intra-uterinen Lebens durch eine Entwicklungshemmung des Rückenmarkes veranlagt, in direkte Abhängigkeit von einer hereditären Belastung zu bringen. Sie ist lokalisirt in den Hintersträngen, den Pyramidenseitensträngen,

den direkten Kleinhirnbahnen und den Clark'schen Säulen, es können jedoch auch andere Theile der weißen oder grauen Substanz afficirt sein. Die Medulla wird nur in geringerer Weise afficirt. Klinisch ist die Krankheit charakterisirt durch Koordinationsstörungen der Körperbewegungen, welche sich gradatim entwickeln, an den unteren Extremitäten beginnend nach oben wandern und zuletzt den Sprachapparat befallen. Trophische, vasomotorische Erscheinungen, so wie sonstige viscerale Störungen sind ungewöhnlich, Abnahme der Intelligenz schließlich ist als accidentell zu betrachten. Bezüglich der Ätiologie bemerken wir, dass Verf. bei 35 der Fälle (16 Familien) direkte, gleichartige Vererbung, bei 58 die verschiedensten Neuropathien in der Ascendenz nachweisen konnte; auch Alkoholismus, Syphilis und Blutsverwandtschaft scheinen in Betracht zu kommen. Ferner ist hervorzuheben, dass in manchen Fällen das Auftreten einer akuten fieberhaften (infektiösen) Krankheit den Ausbruch und den Verlauf der Krankheit beschleunigte. Die Prognose ist sehr ernst zu nehmen, therapeutisch hat G. bei Anwendung des Gipsjacketts, so wie von Elektricität und Massage Erfolg gesehen. In den 12 Sektionsergebnissen, welche Verf. zusammenstellt, ergiebt sich jedes Mal eine Erkrankung der Hinterstränge und der Pyramidenseitenstränge. Die direkte Kleinhirnbahn war 7mal erkrankt. Randdegeneration fand sich in 5 Fällen. 8mal waren die Clark'schen Säulen afficirt. Ferner fanden sich manchmal mehr diffuse Affektionen und auch hier und da eine Erkrankung der grauen Substanz. Immer waren die hinteren Wurzeln sklerosirt, auch im Ischiadicus, im Cruralis, Brachialis und Hypoglossus fanden sich, wenn auch meist geringfügige, Veränderungen. Zum Schlusse sei noch auf eine zweite Tabelle verwiesen, in welcher Verf. weniger sichere Fälle zusammenstellt, unter anderen 57 solche, welche mit den in der ersten Tabelle aufgezählten blutsverwandt waren, aber nicht zu einer sachkundigen Beobachtung kamen. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

13. **Motschutkovsky.** The treatment of certain diseases of the spinal cord by means of suspension.

(Brain 1889. Oktober.)

Durch einige Zusätze bereicherte englische Übersetzung der bereits 1883 im Wratsch erschienenen, ziemlich unbeachteten Arbeit M.'s über die Suspensionstherapie (cf. d. Centralblatt 1889 No. 12). Die durch Krankengeschichten erläuterten Ergebnisse sind folgende: Nur bei Tabikern, bei diesen aber fast ausnahmslos, war die Therapie von Erfolg. Andere Krankheiten des Rückenmarkes und seiner Häute blieben davon unbeeinflusst. Bei den Tabikern erfuhren eine wesentliche, jahrelang vorhaltende Besserung besonders die Schmerzen, die Parästhesien, die Sensibilität, die Ataxie; die Reflexzeit wurde abgekürzt, die Tast- und Schmerzempfindung beschleunigt, die sexuelle Potenz erhöht. Die Sehnenreflexe wurden in

keinem Falle beeinflusst. Besonders wird noch hervorgehoben, dass die Parästhesien der suspendirten Tabiker den atmosphärischen Einflüssen nur in geringem Grade unterworfen waren. Kontraindikationen für die Suspension sind: Herzleiden, besonders Kompensationsstörungen, Atherom und Aneurysma, Lungenemphysem, Neigung zu Lungenblutungen, frühere epileptische und apoplektische Anfälle, hochgradige Anämie und Neigung zu Ohnmachten.

Was die Theorie der Suspension betrifft, so kommt M., zum Theil auf Grund von Experimenten, zu dem Schluss, dass neben der peripherischen Nervendehnung sicher auch Verschiebungen des Inhaltes des Wirbelkanales eine Rolle spielen. **Tuczek** (Marburg).

---

14. **L. Pfeiffer.** Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen.

Jena, **G. Fischer,** 1889.

Auf Grund einer vom allgemeinen ärztlichen Verein von Thüringen angeregten Sammelforschung und einer von P. besorgten sehr sorgfältigen Zusammenstellung von 117 typischen Zosterfällen mit akutem cyklischen Verlaufe scheint unsere bisherige Anschauung von der neurotischen Natur dieser Erkrankung etwas ins Wanken kommen zu sollen. P. glaubt, dass nach den vorliegenden Beobachtungen mit demselben Rechte die Arterienbahnen als die Infektionsträger gelten können, wie bisher die Spinalganglien als Vermittler galten; denn häufig folgen die Herpesbläschen ganz und gar der Richtung der Arterien und das Ausbreitungsgebiet des Herpes entspricht dem Haut- resp. Kapillargebiet kleinerer Arterien. Danach würden die beobachteten pathologischen Veränderungen im Ganglion Gasseri und in den Spinalganglien nicht als Ursache, sondern als Folge der herpetischen Processe aufzufassen sein. Vielmehr würden Arterien- oder Kapillarverletzungen, im Inkubationsstadium des Zoster erlitten, die gelegentliche Ursache für dessen direkten Sitz abgeben. P. hat über seinen bakteriologischen Befund des Bläscheninhaltes, einen verflüssigenden kurzen beweglichen Bacillus und einige Mikrokokkenformen, schon früher berichtet. Dies im Verein mit einigen anderen Erscheinungen (erworbene Immunität, epidemisches Vorkommen, Kontagiosität etc.) veranlassen ihn, den Zoster neben die Blatternformen der Infektionskrankheiten zu stellen. Denjenigen, welcher sich für diese Frage interessirt, müssen wir auf das Original verweisen, aus welchem er manche Anregung schöpfen wird. In jedem Falle hat sich der Verein ein großes Verdienst dadurch erworben, dass er sich der Mühe einer derartigen Sammelforschung unterzogen. Das Schema hierzu ist wieder verbessert worden und wir wollen uns mit P. der Hoffnung hingeben, in einigen

Jahren an der Hand von weiteren neuen Beobachtungen die oben angedeuteten Anschauungen erweitert und noch mehr begründet zu sehen. **Joseph** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

15. **Th. Kirsch** (Breslau). Schluckakt und Herzbewegung.

(Wiener med. Presse 1889. No. 51.)

Unmittelbar nach jedem Schluckakte und bei langer Dauer desselben noch innerhalb des Schluckens fallend, findet sich eine wenn auch nicht bedeutende Vermehrung des Pulsschlages. Die Länge der einzelnen Pulswelle nimmt durchschnittlich um 1,0—1,5 mm ab. Als Ursache dieser Erscheinungen ist ein funktioneller Zusammenhang zwischen dem Schluckakt und der Herzbewegung anzunehmen und zwar durch direkte Einwirkung auf die Vagusäste. Ob die Pulsbeschleunigung auf Herabsetzung des Vagustonus oder Reizung von accelerirenden Fasern zurückzuführen ist, ist nicht zu entscheiden. **Leubuscher** (Jena).

16. **C. Hochsinger** (Wien). Ein Fall von kongenitaler Aortenstenose.

(Wiener med. Presse 1890. No. 1.)

Ein Kind zeigte schon in den ersten Lebenswochen Symptome eines angeborenen Herzleidens — Anfälle von Cyanose, heftige Herzaktion. Im 9. Monate wurde ärztlicherseits ein Herzfehler diagnosticirt.

Der Knabe entwickelte sich schlecht. Jetzt in seinem 6. Lebensjahre zeigt er folgenden Befund: Mächtige excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels. Fühlbares starkes systolisches Frémissement vom 4. Intercostalraum aufwärts auf und neben dem Sternum direkt sich in das kräftige systolische Schwirren der dilatirten Carotiden und Subclavien fortsetzend. Der Arcus aortae ragt über die Incisura jugularis auf $^1/_2$ cm hervor. Puls der Cruralarterie gegenüber dem der Carotiden und Brachiales verspätet. (An den Radiales besteht jedenfalls eine angeborene Anomalität; wahrscheinlich sehr enge oberflächliche, tiefer liegende größere Arterie.)

Über dem ganzen Thorax lang gedehntes, nahezu dröhnendes systolisches Geräusch, am lautesten im oberen Drittel des Manubrium sterni und über dem Aortenbogen. Nur im Bereich des Manubrium sterni kurzes diastolisches Geräusch, sonst 2. Ton rein.

Die Diagnose lautet: Angeborene Aortenstenose und zwar im Verlauf des Aortenrohres, frühestens am Ende des Bogens unterhalb des Abganges der linken Subclavia. Wahrscheinlich also an der Einmündungsstelle des Ductus arteriosus. **Leubuscher** (Jena).

17. **J. Dollinger** (Budapest). Beiträge zur Frage der Heredität der Tuberkulose.

(Pester med.-chir. Presse 1889. No. 39. — Excerpt aus Orvosi Hetilap 1889. No. 29.)

D. examinirte 250 Fälle von Knochen- oder Gelenktuberkulose aus der klinischen Praxis in Bezug auf Heredität. 153mal war Heredität nicht nachweisbar (meistens freilich, weil die Betreffenden nicht die Todesursache ihrer Eltern, geschweige denn ihrer Großeltern anzugeben wussten), 97mal wurde Heredität nachgewiesen. Davon waren 37mal die Eltern tuberkulös (21mal Vater, 15mal Mutter, 1mal beide Eltern), 60mal die Großeltern (15mal mütterlicher Großvater, 10mal väterliche Großmutter, 2mal beide väterliche Großeltern, 14mal mütterlicher Großvater, 14mal mütterliche Großmutter, 1mal beide mütterliche Großeltern, 4mal väterliche und mütterliche Großeltern).

D. folgert aus diesen Zahlen, dass die Knochen- und Gelenktuberkulose in der größeren Zahl der Fälle nicht bei den Kindern des tuberkulösen Individuums, sondern bei dessen Enkeln auftritt.

D. sucht dies durch die Annahme zu erklären, dass das von außen aufgenommene tuberkulöse Virus in erster Reihe die Lungen angreift, während die Knochen noch widerstehen und erst dann einen geeigneten Nährboden für den Tuberkelbacillus abgeben, wenn der Organismus eine oder zwei Generationen hindurch unter dem Einflusse des tuberkulösen Virus gestanden. (Wenn man aber berücksichtigt, dass jeder Mensch 2 Eltern aber 4 Großeltern hat, so dürfte es fraglich sein, ob die obigen Zahlen wirklich die Grundlage zu solchen Schlussfolgerungen geben. Ref.)

A. Freudenberg (Berlin).

18. **H. Chiari.** Über eine seltene Form von carcinomatöser Striktur des Ileum.

(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Verf. beschreibt den seltenen Fall einer Stenose des Darmes, hervorgerufen durch ein sekundäres Carcinom. Dasselbe war so beschaffen, dass man bei Betrachtung der strikturirten Stelle zunächst den Eindruck empfing, als wenn dieselbe durch ein primäres ringförmiges Carcinom bedingt wäre. Bei genauerer Untersuchung zeigt es sich, dass die Neubildung nicht von der Mucosa ausgegangen war, sondern nur Muskulatur und Serosa betraf; die Gallenblase war Sitz der primären Erkrankung. Auch während des Lebens waren Erscheinungen von Behinderung der Durchgängigkeit des Darmes vorhanden. **E. Schütz** (Prag).

19. **Prokop Freiherr v. Rokitansky** (Innsbruck). Polyomyelitis nach Vergiftung mit Kohlendunst.

(Wiener med. Presse 1889. No. 52.)

Ein 21jähriges mit Kohlendunst vergiftetes Mädchen ging unter kontinuirlichem Fieber, rapider Abmagerung der unteren Extremitäten und andauernder Bewusstlosigkeit am 9. Tage zu Grunde. Am 4. Tage traten auf dem Kreuzbein und den Ober- und Unterschenkeln mit Flüssigkeit gefüllte Blasen auf, die zur Entwicklung eines tiefgreifenden Decubitus führten.

Bei der Sektion fand sich eine hochgradige Veränderung des centralen und peripheren Nervensystems: Hyperämie und Ödem des Gehirns, Poliomyelitis acuta, Ödem und Hyperämie des Perineurium, des Ischiadicus auf beiden Seiten, so wie seiner Äste.

Die Entwicklung des Pemphigus und des Decubitus ist jedenfalls auf diese Läsion des Nervensystems zurückzuführen — wieder ein Beweis für die Existenz trophischer Nerven. **Leubuscher** (Jena).

20. **R. v. Mosetig-Moorhof.** Die Behandlung des weichen Kropfes mit parenchymatöser Injektion von Jodoform.

(Wiener med. Presse 1890. No. 1.)

Die parenchymatöse Injektion von Jodtinktur in Strumen hat zuweilen Abscessbildung im Gefolge. Viel besser ist die Einspritzung von Jodoform. Man benutzt entweder:

Rp.: Jodoformii 1,0
Äther 5,0
Ol. Olivarum 9,0,

oder:

Rp.: Jodoformii 1,0
Äther
Ol. Oliver. ãã 10,0.

Von der frischen, nicht zersetzten, also in dunklem Glase aufbewahrten Flüssigkeit wird am besten 1,0 mit Pravaz'scher Spritze injicirt; eventuell werden mehrere Injektionen an verschiedenen Stellen in einer Sitzung gemacht. Die Dauer der Intervalle soll 3—8 Tage betragen, im Ganzen sind 5—10 Injektionen nothwendig. Die Reaktion post injectionem ist meist minimal; mitunter tritt ein krampfhafter Husten auf, der aber eine Stunde kaum überdauert. Bei weichen Kröpfen war diese Behandlung stets von Erfolg. Die Umfangsreduktion des Halses

betrug 2—4 cm. Bei retrosternalen Kröpfen braucht man nicht in diesen Abschnitt selbst, sondern nur in die suprasternalen Knoten zu injiciren.

Leubuscher (Jena).

21. **Ippolitoff** (Petersburg). Ein Beitrag zum Studium des Einflusses, welchen der innere Gebrauch von Leberthran bei Kindern auf den Stickstoffumsatz ausübt.

Inaug.-Diss., Petersburg, 1889. — (Referat in Med. chronicle 1890. Februar.)

I. stellte an 8 skrofulösen Kindern im Alter von $5^1/_2$—7 Jahren Versuche an über den Einfluss des weißen und gelben Leberthrans auf Stickstoffumsatz und Assimilation, im Vergleiche zum Lipanin, Morrhuol und Mandelöl. Die Versuche dauerten bei jedem Kinde 19 Tage und umfassten 3 Perioden: Während der ersten (5 Tage) wurden keinerlei Medikamente verabreicht; in der zweiten (7 Tage) erhielten 4 der Kinder weißen Leberthran, während die 4 anderen Kinder entweder Lipanin, oder Morrhuol, oder Mandelöl oder gelben Leberthran erhielten; in der dritten (7 Tage) erhielten die letzten 4 Kinder weißen Leberthran, während den 4 anderen eine der oben genannten Substanzen verabreicht wurde. Von den Ölen wurde 2mal täglich ein Theelöffel, vom Morrhuol 3mal täglich 0,2 in Kapseln verabreicht, immer vor den Mahlzeiten. Als Resultat ergab sich ungefähr Folgendes:

1) Der innere Gebrauch von weißem Leberthran, eben so von Mandelöl und Lipanin vermindert merklich den Stickstoffumsatz.

2) Die Abnahme ist am stärksten beim Lipanin, am geringsten beim Mandelöl, weißer Leberthran steht in der Mitte.

3) Sowohl gelber Leberthran wie Morrhuol vermehren etwas den Umsatz.

4) Weder Leberthran, noch Lipanin, noch Mandelöl haben einen ausgesprochenen Einfluss auf die Assimilation der Stickstoffbestandtheile der Nahrung.

5) Die Zunahme des Körpergewichtes ist anscheinend am größten beim Lipanin, wenig geringer beim weißen Leberthran, noch geringer beim Mandelöl und gelben Leberthran. (Es ergab sich für die 7tägigen Perioden die folgende Zunahme in Gramm: Weißer Leberthran: 424, 636, 280, 150, 360, 307 [in einem Falle Abnahme um 55 g]; gelber Leberthran: 198, 161; Mandelöl: 240, 379; Lipanin 386, 386; Morrhuol: 65, 237.)

6) Weißer Leberthran muss dem entsprechend als ein vom gelben beträchtlich verschiedenes Medikament betrachtet werden.

7) Lipanin kann nicht als Ersatz für den gelben Leberthran gelten.

8) Die Frage, ob Leberthran nur als leicht assimilirbares Fett wirkt, bleibt noch offen.

A. Freudenberg (Berlin).

22. **Stepp** (Nürnberg). Bromoform, ein Mittel gegen Keuchhusten.

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 46.)

Verf. hat neuerdings in der Darreichung des von ihm zuerst bei Keuchhusten empfohlenen Bromoform eine Änderung eintreten lassen, so fern er dasselbe jetzt rein in Tropfenform verordnet und zwar am besten in einem Kaffeelöffel voll Wasser. Bei einem 3—4wöchentlichen Kinde giebt man 3—4mal täglich 1 Tropfen; bei älteren Säuglingen 3mal täglich 2—3 Tropfen, je nach der Intensität der Infektion; bei Kindern im 2.—4. Lebensjahre 3—4mal täglich 4—5 Tropfen und bis zum 7. Lebensjahre 3—4mal täglich 6—7 Tropfen. Der Erfolg ist ein sehr guter, Erbrechen und Husten lassen bald nach, die Anfälle werden kürzer und seltener und die Genesung erfolgte in 1—4 Wochen. Man achte nur darauf, dass man ein reines unzersetztes (nicht rothes) Präparat erhalte und verordne es wegen der leichten Zersetzlichkeit und Flüchtigkeit nur in kleinen Quantitäten.

Goldschmidt (Nürnberg).

23. **Löwenmeyer**. Über Codein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 20.)

Auf die Mittheilung von Jacobson wurde das Codein bei den verschiedenartigsten Krankheitszuständen zum Theil mit recht befriedigendem Erfolge in Einzeldosen 0,025—0,05 gegeben; wo letztere Dosis nicht wirkte, ließen gewöhn-

lich auch größere Gaben im Stich. Verabreicht wurde das Mittel zumeist als Pulver oder in der billigeren Form der Mixtur, eventuell auch in Form von Suppositorien. Günstige, befriedigende Wirkung (wenn auch nicht in allen Fällen) wurde erzielt bei schmerzhaften Zuständen der Bauch- und Beckenorgane (Gastralgien, Koliken, visceralen Neuralgien), ferner bei Magengeschwür und Magenkrebs, bei Krebs der Leber, des Darmes und des Bauchfelles, bei Schmerzen, die im Urogenitalapparat ihre Quelle hatten, z. B. bei ovariellen Schmerzen (abweichend von Freund). Ganz besonders gute Dienste leistete das Codein bei Erkrankungen der Brustorgane: Phthise, Bronchokatarrhen, Pleuritiden, Pneumonien und bei pulmonellem Asthma. Auch bei Herzkranken schien es wohlthätig zu wirken, so bei Stenokardien. Die hypnotische Wirkung des Mittels wird besonders rühmend hervorgehoben. Wenig befriedigt hat es bei den verschiedenartigen Nervenkrankheiten. **Seifert** (Würzburg).

24. **B. Stiller** (Budapest). Über einige Anwendungen des Natrium salicylicum.

(Wiener med. Presse 1890. No. 1 u. 2.)

Abgesehen von den bekannten Indikationen der Salicylsäure resp. ihres Natronsalzes ist das letztere Mittel zu empfehlen erstens bei Gallensteinen, wo es an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung von keinem anderen Medikamente erreicht wird. Die Dosengröße ist hier 4mal täglich 0,5 in einem halben Glase Sodawasser oder alkalischem Säuerling, meist verbunden mit 0,01 Extract. Belladonnae. Der Erfolg beruht hier auf der gallentreibenden Wirkung.

Zweitens ist das Mittel von sehr günstigem Erfolg bei serösen Pleuraergüssen, wo es meist sofort einen Stillstand der Exsudation und oft binnen einigen Tagen oder einer Woche eine Aufsaugung selbst großer Exsudate bewirkt. Hier ist 3,0 bis 4,0 pro die in Lösung zu geben. Die primäre Wirkung ist die auf die Nieren, die gesteigerte Diurese bedingt die Resorption.

Drittens wirkt das Natrium salicylicum vorzüglich bei frischer akuter Ischias, wahrscheinlich aber nur bei der rheumatischen Form dieses Leidens. Hier sind größere Dosen, 4,0—5,0 pro die, anzuwenden.

Auch in einzelnen Fällen von frischen peripheren Facialislähmungen sah S. gute Erfolge vom Natriumsalicylat. **Leubuscher** (Jena).

25. **E. Riegler.** Un cas d'empoisonnement par le phosphore, ingéré comme abortif.

(Bullet. de la soc. des méd. et des natural. de Jassy 1889. No. 3.)

R. wurde am 4. Tage, nachdem ein 20jähriges Mädchen behufs Abtreibung des Kindes Phosphor eingenommen hatte, zugezogen. Die eingenommene Phosphormenge stammte von 2 Schächtelchen Zündhölzern (200 Stück). Als R. die Kranke sah, klagte sie über starke Schmerzen in der Magen- und Lebergegend, welche auch sehr druckempfindlich war; dabei erbrach sie dunkelroth gefärbte Massen; ikterische Färbung der Haut und der Skleren begann bereits. Die Leber war bedeutend vergrößert und überragte die falschen Rippen um 4 Querfinger breit, Herz sehr schwach. Der am 5. Tage der Vergiftung gelassene Harn war von dunkelbrauner Farbe, enthielt Gallenfarbstoff und Gallensäuren, Spuren von Eiweiß; der Harnstoffgehalt war sehr vermindert, dagegen war eine sehr merkliche Menge Sarkomilchsäure im Harn. Am 6. Tage trat Abortus und bald nach diesem der Tod ein. Autopsie wurde nicht gestattet. (Die eingenommene Phosphorquantität konnte im Maximum ungefähr 0,124 g betragen; bekanntlich können schon 0,06 g für den Erwachsenen gelegentlich tödlich werden.)

H. Dreser (Tübingen).

26. **S. T. Richman.** A fatal case of carbolic-acid poisoning.

(New York med. journ. 1889. November 30.)

Ein 7 Monate altes Kind hatte am linken Arm und Bein eine oberflächliche Brandwunde durch heißen Kaffee erlitten. Zum Schutz der Wunde benutzte die Mutter eine Mischung aus gleichen Theilen 95%iger Karbolsäure und Öl, welche

in einem Buche über Hausmedicin so empfohlen war. Zur Anwendung kamen ungefähr 15 g dieser Karbolsäure. Nach 2 Stunden lag das Kind stuporös da; als der Arzt kam, fand er es fast bewegungslos mit stark kontrahirten Pupillen, Puls 120, Respiration unregelmäßig, Schlucken sehr erschwert.

R. gab per os etwas Fluidextrakt von Belladonna und etwas Whiskey. Nach 2 Stunden trat eine merkliche Besserung im Gesammtbefinden ein, da aber die Harnsekretion stockte, verordnete R. zur Beförderung derselben Kalisalpeter, aber ohne Erfolg, denn das Kind ging 30 Stunden nach der epidermatischen Applikation der Karbolsäure zu Grunde, nachdem eine Stunde vor dem Tode noch Konvulsionen aufgetreten waren. **H. Dreser** (Tübingen).

27. **Capei.** Avvelenamento per decozione di semi di lupini.

(Sperimentale 1889. December.)

Ein 6jähriges Mädchen hatte als Volksmittel gegen Eingeweidewürmer ein Klystier bekommen, welches aus einem Dekokt einer »Hand voll« Lupinensamen bereitet war. Nach einer Stunde wurde das sonst sehr lebhafte Kind blass, hinfällig und so matt, dass es sich nicht mehr aufrecht erhalten konnte. Zu dem stuporösen Zustande kam noch ein fast völliger Verlust des Sehvermögens hinzu; auf Fragen war nur mit Mühe Antwort zu erlangen, die Intelligenz schien aber nicht alterirt. Die Pupillen waren etwas erweitert, die Haut war sehr kühl, Temperatur nur 35,6°, Mundschleimhaut trocken, die Athmung kurz und frequent, der Puls klein und langsam.

Behandlung mit starkem schwarzen Kaffee als Excitans und Einschlagen in warme Tücher, worauf baldige Besserung und Wiederherstellung eintrat.

Von der Atropinvergiftung unterscheidet sich nach C. und nach den Beobachtungen von Prof. Bellini die Vergiftung durch Lupinen einmal durch das Intaktbleiben der geistigen Fähigkeiten und ferner durch das Verhalten des Pulses, welcher bei beiden Intoxikationen zwar klein, bei der durch Lupinen langsam, bei der durch Atropin aber frequent ist. **H. Dreser** (Tübingen).

28. Aristol.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Februar.)

Das Aristol oder Dithymoldijodid ist ein hellröthlich-braunes, geruchloses Pulver, in Wasser unlöslich, löslich in Äther und fetten Ölen. Es muss im Dunkeln aufbewahrt und seine Lösungen kalt zubereitet werden.

Nach Eichhoff (Monatshefte für praktische Dermatologie 1890 No. 2) ist das Aristol von guter Wirkung bei Psoriasis, bei Hautmykosen, besonders aber bei Ulcus cruris und tertiären syphilitischen Ulcerationen, woselbst sein günstiger Einfluss ein sehr schneller ist. Endlich übertrifft es bei Lupus alle bisher bekannten Mittel. **Rosin** (Breslau).

29. **Baron Buschmann** (Wien). Eine auffallende Wirkung der allgemeinen Körpermassage.

(Wiener med. Presse 1889. No. 40.)

Auf Grund von Beobachtungen an 2 Morphinisten glaubt Verf. nicht nur die allgemeinen Beschwerden der Kranken durch die Massage bessern zu können, sondern auch das Bedürfnis nach der ohne Massage dringend gewünschten Injektion herausschieben zu können, gewissermaßen also die Massage einer Injektion substituiren zu können.

Da er ferner sah, dass die Massage unmittelbar nach gemachter Injektion die Wirkung des Alkaloids viel schärfer hervortreten ließ, so meint er, dass die zur jedesmaligen Injektion verwendete Quantität von Morphin verringert werden kann, wenn gleich darauf eine allgemeine Körpermassage vorgenommen wird.

Leubuscher (Jena).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 37. **Sonnabend, den 13. September.** **1890.**

Inhalt: 1. **v. Korányi**, Durchschneidung des Hirnbalkens. — 2. **Hürthle**, 3. **v. Frey** und **Krehl**, Pulsuntersuchungen. — 4. **Kasem-Bek**, Entstehung des ersten Herztones. — 5. **Bettelheim** und **Kauders**, Experimentelle Mitralinsufficienz. — 6. **Presch**, Verhalten des Schwefels im Organismus. — 7. **Penzoldt**, Antibakterielle Wirkungen einiger Anilinfarbstoffe. — 8. **Stillmark**, Ricin. — 9. **Henrijean**, Pathogenese des Fiebers. — 10. **Talma**, Ulcus ventriculi, Gastromalacie und Ileus. — 11. **Verneuil**, Chirurgische Affektionen im Gefolge von Grippe. — 12. **Adamkiewicz**, Pachymeningitis hypertrophica. — 13. **Sachs**, Peroneale Form von Muskelatrophie. — 14. **R. Hirsch**, Therapie des Rheumatismus. 15. **Wallach**, Melanosarkom. — 16. **Buchwald**, Syphilitisches Aortenaneurysma und Herzsyphilis. — 17. **Osthoff**, Infektiöse Form der fibrinösen Lungenentzündung. — 18. **P. Strassmann**, 19. **Alison**, 20. **Holst**, Influenza. — 21. **Bassi**, Interstitielle Hepatitis im Gefolge von chronischer Peritonitis. — 22. **H. Weiss**, Tabes. — 23. **Leslie**, Behandlung der Neuralgien. — 24. **Schneider**, 25. **Horsley**, Reflexneurosen der Nase. — 26. **Brugger**, Tuberculosis verrucosa cutis. — 27. **Hashimoto**, Fibroma molluscum. — 28. **Kobert**, 29. **Unverricht**, Orthin. — 30. **Güntz**, Quecksilber bei Syphilis und Diabetes. — 31. **Neusser**, Tellursaures Kalium gegen Nachtschweiße der Phthisiker. — 32. **Kloman**, Leuchtgasvergiftung.
Bücher-Anzeigen: 33. **Schellong**, Die Malariakrankheiten.

1. A. v. Korányi. Über die Folgen der Durchschneidung des Hirnbalkens.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVII. Hft. 2 u. 3. p. 35.)

v. K. hat untersucht, welche Folgen eine Durchschneidung des Balkens bei Hunden hat. Da dieser Hirntheil nach Meynert und Gudden eine Kommissur zwischen den einander entsprechenden Theilen der beiden Hemisphären darstellt, durfte man daran denken, dass nach seinem Fortfall Störungen in der Koordination der beiden Körperhälften auftreten möchten. Nach den Versuchen des Verf. ist das aber keineswegs der Fall; wenigstens dann nicht, wenn der Schnitt genau in der Medianebene liegt und somit eine Mitverletzung der Großhirnhemisphären vermieden worden ist. Die Thiere verhielten sich nach dieser Operation, und zwar schon gleich

nach derselben, bezüglich ihrer beiderseitigen Bewegungen vollkommen normal. Auch Sehstörungen waren nicht nachweisbar.

Solche traten aber auf, wenn die medialen Theile einer Hemisphäre mitverletzt worden waren. Sie waren stärker, wenn die Verletzung hinten stattgefunden hatte, als wenn sie vorn erfolgt war, fehlten aber auch bei Verletzung der »motorischen Zone« nicht. Sie bestanden stets in einer bilateralen homonymen Hemiamblyopie. Der reflektorische Lidschluss der gekreuzten Seite war, wenigstens in den ersten Tagen nach der Operation, stets verschwunden. Auf der der Gehirnverletzung gegenüberliegenden Körperseite war auch die Hautempfindlichkeit verringert; ferner traten die bekannten Bewegungsstörungen auf, die auf Verletzungen der Großhirnrinde zu folgen pflegen. Alle diese Erscheinungen waren aber vergänglich; die Durchschneidung des Balkens hatte keinen hindernden Einfluss auf ihr Verschwinden.

Gaben also diese Versuche über die physiologische Bedeutung des Balkens keine Auskunft, so lieferten sie doch einen werthvollen Beitrag zur Kenntnis der nach medialen Verletzungen der Hemisphären eintretenden Erscheinungen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **K. Hürthle.** Über den Ursprung der sekundären Wellen der Pulskurve.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVII. p. 17.)

Um zu entscheiden, ob die sekundären Wellen der Pulskurve centralen Ursprungs, mithin der Hauptwelle gleich gerichtet (centrifugal), oder peripheren Ursprunges, mithin der Hauptwelle entgegen gerichtet durch Reflexion an der Peripherie (centripetal) entstanden sind, hat H. die Wellenbewegung am Anfang und Ende einer unverzweigten Arterie (Carot. commun.), und in anderen Versuchen den Verlauf der Wellenbewegung des Blutes in der Carotis und Cruralis, resp. Carotis, Renalis und Cruralis beim Hunde graphisch aufgenommen und durch Ausmessung der Kurven zeitlich verfolgt. Im Anschlusse an Marey bezeichnet H. die der dikrotischen Welle vorausgehenden kleinen Sekundärwellen als systolische, die ihr folgenden als diastolische Wellen der Pulskurve. In den in schönen Lichtdruckbildern wiedergegebenen Kurven treten die systolischen und die diastolischen Wellen »ziemlich genau gleiche Zeit« nach dem Beginne der einzelnen Kurve auf, woraus H. folgert, dass alle einen centrifugalen, der Hauptwelle gleichgerichteten Verlauf nehmen. Da ferner die Fortpflanzungszeit der Sekundärwellen kleiner als die der Hauptwelle gefunden wurde, so ergiebt sich hieraus, dass die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der sekundären Wellen größer ist als die der primären, vermuthlich in Folge des systolisch erhöhten Blutdruckes.

Fick und v. Kries hatten bekanntlich beim Menschen durch Vergleichung der Druck- und Geschwindigkeitskurve gefunden, dass an der Peripherie des Gefäßsystems Reflexion stattfindet. Da H. nur die Druckkurve ausgemessen hat, so liegt ein Widerspruch nicht vor. Verf. lässt es unentschieden, ob beim Hunde überhaupt keine Reflexion an der Peripherie vorkommt, oder ob sie, falls sie vorhanden ist, nicht so sehr in den beobachteten sekundären Erhebungen als vielleicht nur in der besonderen Gestaltung der Nebenwellen zum Ausdruck kommt.

Löwit (Innsbruck).

---

3. **M. v. Frey** und **L. Krehl.** Untersuchungen über den Puls.

(Du Bois-Reymond's Archiv 1890. p. 31.)

Zur Untersuchung der pulsatorischen Druckschwankungen im Herzen und in den Blutgefäßen bedienten sich die Verff. eines nach Art des Fick'schen Wellenzeichners konstruirten Instrumentes.

Bezüglich des intrakardialen Druckes (in den Kammern) kommen sie zu folgendem Ergebnis: Der Druck steigt erst allmählich, dann steil an; nach Erreichung des Gipfels sinkt er sofort wieder, und zwar zuerst mit zunehmender, später mit abnehmender Schnelligkeit, bis er einen unter der Nulllinie gelegenen Werth erreicht hat. Ein breites Gipfelniveau (das »Plateau systolique« Marey's) ist nicht nachweisbar. Nur dann wird, wie die Verff. meinen, ein solches vorgetäuscht, wenn die Herzsonde bis zur Spitze der Kammer vorgeschoben wird, wobei durch die sich hier eng um sie zusammenschließende Ventrikelwand eine Verschließung der Röhre zu Stande kommt.

Die der Kammererschlaffung sich anschließende Periode negativen Innendruckes ist nicht immer vorhanden; sie fehlt bei sehr raschem Puls (nach Vagusdurchschneidung), und auch dann, wenn durch Unterleibsmassage, oder durch Vagusreizung, oder durch Erstickung eine so starke Füllung der Vorhöfe herbeigeführt wird, dass eine schnelle Füllung der diastolisch erweiterten Kammern stattfinden kann. Eine auf die negative folgende kleine positive Welle halten die Verff. für eine Art von Vorschlag der Ventrikelmuskulatur.

Form und Dauer des positiven Theiles der Druckkurve ist durch große Beständigkeit ausgezeichnet, selbst bei den verschiedensten Füllungsgraden des Herzens. Der prall gefüllte Ventrikel fördert eben in derselben Zeit eine größere Blutmenge in die Arterien als der wenig gefüllte; die Druckkurve steigt im ersten Falle natürlich höher an.

Die Druckverhältnisse im Vorhof konnten F. und K. an solchen Herzen untersuchen, deren Ventrikelmuskulatur sich in wogender Thätigkeit befand, in denen also die Atrien durch die Cirkulation nicht mehr beeinflusst wurden, oder sie benutzten dazu Fälle, in denen die Vorhöfe häufiger schlugen als die Kammern. Die

Atrienpulse sind dann den Kammerpulsen ähnlich gestaltet; wichtig erscheint besonders der Nachweis, dass auch hier eine, von den Kammern unabhängige, diastolische Saugung sich nachweisen lässt.

Die Schließung der Arterioventrikularklappen erfolgt so prompt, dass sie weder an der Ventrikel- noch an der Vorhofkurve sich bemerklich macht; eben so glatt schließen sich die Semilunarklappen.

Den Aortenpuls untersuchten F. und K. durch endständige Einführung des Manometers in die Carotis oder Subclavia. Die entsprechende Kurve hat 2—3 Gipfel, von denen aber nur der erste der Kammerzusammenziehung entspricht. Derselbe liegt stets niedriger als das Druckmaximum der Kammer, doch wechselt die Größe des Unterschiedes. Der Anstieg der Kurve ist in seinem Verlaufe abhängig von Blutdruck und Pulszahl, doch ist im Ganzen seine Veränderlichkeit nicht groß.

Die sekundäre Erhebung der Aortenkurve halten F. und K. für den Ausdruck einer peripherischen Reflexion. Ähnlich wie das Bernstein gethan, studirten sie diese Erscheinung am künstlichen Blutstrom. Das Herz ersetzte ein Druckgefäß, das durch Vermittlung eines Hahnes mit der Aorta verbunden werden konnte. Ein Pulszeichner wurde in die Subclavia, ein anderer in die Coeliaca eingesetzt. Es ergab sich, dass das erste Auftreten der reflektiven Welle in der Art. coeliaca etwa doppelt so viel Zeit braucht, wie die Fortpflanzung der Hauptwelle von der Subclavia bis zur Coeliaca. Daraus schließen die Verff., dass der Ort der Reflexion — bei Voraussetzuug gleicher Geschwindigkeit der Ausbreitung beider Wellen — etwa eben so weit von der Art. coeliaca nach der Peripherie zu gelegen ist, als der Abstand der beiden untersuchten Arterien von einander beträgt.

Diese Versuche führen also bezüglich der Sekundärelevation zu dem entgegengesetzten Ergebnis wie die kürzlich (cf. oben) von Hürthle angestellten, denen zufolge der Reflexionsort ein centraler sein müsste. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

---

4. **A. Kasem-Bek.** Über die Entstehung des ersten Herztones.

(Pflüger's Archiv Bd. XLVII. p. 53.)

Trotz der zahlreichen darauf gerichteten, zumeist an die Versuche von Ludwig und Dogiel anknüpfenden Untersuchungen ist über die Entstehungsweise des ersten Herztones noch immer keine Einigung erzielt. K.-B. suchte desshalb im Laboratorium von Dogiel den Antheil, den Muskelgeräusch oder Klappenschwingung an der Erzeugung des Tones haben, durch zwei Experimentalreihen zu entscheiden. Bei der ersten bediente er sich der Dogiel-Ludwig'schen Vorrichtung, die er dahin veränderte, dass in das ausgeschnittene, in einem Kolben befindliche, mittels eines König-

schen Stethoskops auskultirte Herz eines Hundes von den Vorhöfen aus zwei Ohrenspiegel eingeführt wurden, welche die beiden Atrioventricularöffnungen derartig ausfüllten, dass eine Klappenspannung unmöglich gemacht war. Der erste Herzton blieb danach bestehen. Er war nur schwächer als am lebenden Thier, hatte aber seine Höhe behalten.

In der zweiten Versuchsreihe auskultirte K.-B. die Herztöne bei Hunden, deren Herz durch rechtsseitige Rippenresektion so weit freigelegt war, dass durch Fingerdruck der Blutzufluss zum Herzen aufgehoben werden konnte. Ein Manometer verzeichnete den Blutdruck. Wurde nun die Kompression ausgeführt, so blieben noch kurze Zeit beide Töne hörbar; dann verschwand der zweite, während der erste, nur weniger laut als zuvor, fortdauerte. Der 2. Ton hörte auf, noch bevor der Blutdruck auf Null gesunken war. Wurde das Herz wieder freigegeben, so kehrte das gewöhnliche Verhalten zurück. Während der Kompression enthielt das Herz nachweislich nur 5 bis 10 ccm Blut.

Aus seinen Versuchen zieht Verf. den Schluss, dass der erste Herzton ein Muskelton ist. Seine Abschwächung im blutleeren Herzen bezieht K.-B. auf die Schwächung der Herzkontraktionen.

Das Ergebnis dieser Untersuchung steht in vollem Einklang mit demjenigen, das vor Kurzem mit anderen Versuchsmethoden Krehl im Leipziger Laboratorium (Arch. für Anatomie u. Physiologie 1889. Physiolog. Abththeilung p. 253) gewonnen hat.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

5. **Bettelheim** und **Kauders** (Wien). Experimentelle Untersuchungen über die künstlich erzeugte Mitralinsufficienz und ihren Einfluss auf Kreislauf und Lunge.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2. p. 74.)

Die bisher mitgetheilten experimentellen Untersuchungen über die Mitralinsufficienz haben zum Theil Versuche gezeitigt, welche als unvollständig anzusehen sind, weil sie nur über den Arteriendruck Aufschluss geben, oder sie beschäftigen sich zwar mit dem Verhalten des Arteriendruckes und dem Pulmonalarteriendruck, aber sie stehen mit den klinischen Erfahrungen in Widerspruch. Bei ihren Versuchen verfuhren die Autoren in der Weise, dass das Thier zunächst curaresirt und die künstliche Athmung ausgeführt wird; nach vorausgeschickter Bloßlegung der rechten Carotis behufs nachträglicher Verbindung mit einem Quecksilbermanometer wird der linke Thorax durch Resektion von 3—4 Rippen eröffnet, ein Pulmonalarterienast präparirt und dieser, so wie die Carotis mit einer Kugelkanüle versehen und mit einem Hg-Manometer verbunden. Um die normalen Druckverhältnisse zu konstatiren, wird darauf durch kurze Zeit eine Doppelschreibung aus der Carotis und jenem Pulmonalarterienaste vorgenommen. Darauf wird der Herzbeutel er-

öffnet, das linke Herzohr hervorgezogen und um dasselbe eine Fadenschlinge gelegt. Das Herzohr wird darauf mit einer Schere geöffnet und durch diese Öffnung rasch die von Stricker angegebene und von v. Basch mit einem Obturator versehene Kanüle durch den Vorhof hindurch bis in den linken Ventrikel geschoben, dann die Fadenschlinge zugezogen und der aus dem Herzohr hervorragende Theil der Kanüle entsprechend befestigt. Durch Herausziehen und Wiedereinschieben des Obturationsstabes in der gefensterten Kanüle lässt sich leicht Insufficienz und Stenose gesondert erzeugen. Eine reine Insufficienz kommt nicht zu Stande, weil durch die Kanüle selbst das Ostium räumlich beeinträchtigt wird, so dass man nur eine mit einer Stenose kombinirte Insufficienz erzeugen kann. Als normales Verhältnis zwischen Arteriendruck und dem Pulmonalarteriendruck finden die Autoren als Mittel 8,5, wesentlich also doppelt so groß, als gewöhnlich gelehrt wird. Bei der Stenose wird dieses normale Verhältnis auf 4,3 und bei der Insufficienz auf 3,3 reducirt. Dieses Verhältnis beruht darauf, dass bei der Stenosis der Arteriendruck sinkt, bei der Insufficienz aber außerdem noch der Druck in der Pulmonalis steigt, und dass es sich hierbei nicht, wie dieses bei der Stenose der Fall sein kann, um eine relative Steigerung, sondern um eine absolute Steigerung handelt. Gepaart mit speciellen Messungen im linken Vorhof wird gezeigt, wie die künstliche Erzeugung einer Mitralinsufficienz den arteriellen Druck herabsetzt, und den Druck im linken Vorhof und in der Arteria pulmonalis steigert. Aus den experimentellen Ergebnissen des Verhältnisses des Druckes im großen und kleinen Kreislauf lässt sich schließen, dass die Bedingungen für eine Kompensation im klinischen Sinne nicht im rechten, sondern im linken Herzen zu suchen sind; es sprechen die Versuche mehr dafür, dass die Kompensation einer Mitralinsufficienz entgegen der herrschenden Meinung durch Bedingungen im linken Herzen oder allgemein ausgedrückt, durch Bedingungen im großen Kreislauf bewirkt wird, nicht auf einer Mehrarbeit des rechten Ventrikels beruht. Für die Lehre der Kompensation folgt aus anderen Zahlenreihen der Satz, dass die Kompensation nicht nur unter hohem, sondern auch unter niedrigem Drucke in den Arterien eintreten kann und dass ein Sinken des Arteriendruckes nicht immer gleichwerthig ist mit einer Störung der Kompensation. Da während der Insufficienz nicht nur der Druck in der Arteria pulmonalis, sondern auch im linken Vorhof gesteigert wird, so ergiebt sich, dass eine starke Blutüberfüllung der Lungengefäße folgen muss und dadurch die Bedingungen geschaffen werden, die nach der Lehre v. Basch's zuerst eine Lungenschwellung und eventuell auch Lungenstarrheit bedingen. Die Lungenschwellung sowohl wie die Lungenstarrheit kann, wie die Experimente lehren, bei der Mitralinsufficienz nachgewiesen werden, letztere allerdings nur in geringem Grade; die Vergrößerung der Lunge bei diesen Herzfehlern ist ja auch beim Menschen zu beobachten.

Prior (Köln).

6. **W. Presch.** Über das Verhalten des Schwefels im Organismus und den Nachweis der unterschwefligen Säure im Menschenharn.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1. p. 148.)

P. bespricht die Methode zum Nachweis der unterschwefligen Säure. Er empfiehlt nach dem Vorgange von Salkowski den Harn mit Salzsäure (10 ccm Salzsäure auf 100 ccm Harn) zu destilliren. Es bildet sich hierbei im Kühlrohr noch ein Schwefelbelag, das Destillat enthält schweflige Säure und, wenn die zu destillirende Flüssigkeit weniger als 1% unterschwefligsaures Natrium enthält, auch Schwefelwasserstoff. Der Schwefelbelag im Kühlrohr wird bei Anwesenheit von 0,05—0,01 g $Na_2S_2O_3+5H_2O$ in 100 ccm Harn erhalten. Noch kleinere Mengen lassen sich mit Hilfe desselben durch Bearbeitung der Bleifällung des Harnes nachweisen (s. d. Original).

Der normale menschliche Harn giebt bei der Destillation mit Salzsäure keinen Belag; er enthält also keine unterschweflige Säure. Dagegen finden sich im Destillat Spuren von schwefliger Säure und Schwefelwasserstoff, deren Herkunft bisher noch unbekannt ist.

Des Weiteren untersuchte P. das Verhalten des Schwefels im menschlichen Organismus. Diesbezügliche ältere Versuche hatten darauf hingewiesen, dass ein Theil des per os genommenen Schwefels resorbirt und als Schwefelsäure im Harn ausgeschieden werde. Es war aber bisher nicht festgestellt worden, ob der Schwefel außer als Schwefelsäure noch in anderer Form zur Ausscheidung gelangt, man hatte ferner nicht berücksichtigt, ob die Vermehrung der Schwefelsäureausscheidung nur eine indirekte Wirkung des Schwefels sei, indem dieser einen vermehrten Eiweißzerfall veranlasst.

P. stellte zwei Versuche an sich an. Er bestimmt bei einer gleichmäßigen gewöhnlichen Kost im Harn den Harnstoff, die Gesammtschwefelsäure und den neutralen Schwefel. Nach einer kurzen Vorperiode nahm er an mehreren auf einander folgenden Tagen je 0,5—3,0 g Schwefel als Flores sulfuris.

Das Resultat war, dass im ersten Fall 16,6, im zweiten 21,8% des eingenommenen Schwefels resorbirt wurden. Von diesen wurden 73,5 bezw. 79% als Schwefelsäure ausgeschieden. Der neutrale Schwefel des Harns war um etwa ein Drittel vermehrt. Um zu sehen, ob die Vermehrung »neutralen« Schwefels durch schwefelhaltige organische Substanzen bedingt sei, wurde der Harn nach Ausfällung der Gesammtschwefelsäure mit rauchender Salpetersäure oxydirt. Hierdurch wurden etwa vorhandene anorganische und gewisse organische Verbindungen in Schwefelsäure übergeführt. Nach Entfernung der letzteren wurde mit Soda und Salpeter geschmolzen; es wurde hierbei eine neue Menge von Schwefelsäure erhalten, welche sicher durch die Oxydation von organischen schwefelhaltigen Substanzen entstanden war. Sie war größer, als die durch Oxydation mit rauchender Salpetersäure gewonnene. An den Tagen der

Schwefeleinnahme war sie bis auf das Doppelte vermehrt. Es ergab sich so, dass etwa ein Viertel des in elementarer Form genommenen Schwefels im menschlichen Organismus in organische Form übergeht.

P. weist auf die Ähnlichkeit hin, welche zwischen Schwefel und Eisen besteht, in so fern beide in elementarer Form eingeführt direkt zur Synthese verwendet werden, eine Thatsache, welche neben ihrem hohen biologischen Interesse auch praktische Bedeutung hat, da der Schwefel eben so wie das Eisen nach Schulz und Strübing bei vielen Fällen von Chlorose eine analoge therapeutische Wirksamkeit zeigt. **F. Röhmann** (Breslau).

---

7. **Penzoldt.** 1) Über die antibakteriellen Wirkungen einiger Anilinfarbstoffe. 2) Einige Wirkungen der Acetanilido- und Formanilidoessigsäure.

(Archiv für exper. Pathologie u. Pharmakologie Bd. XXVI. p. 310.)

Im Nachstehenden berichtet P. über zwei unter seiner Leitung ausgeführte Arbeiten.

In der ersten Arbeit wurde von Beckh die Frage zu entscheiden gesucht, ob denjenigen Farbstoffen, welche zur Färbung der Spaltpilze sich besonders eignen, eine bakterienfeindliche Wirkung zukomme und zwar kamen nur in Wasser lösliche, wie arsenfreie Farbstoffe zur Untersuchung: Malachitgrün, Fuchsin, Hofmann's Violett, Methylviolett, Phenylblau, Korallin, Rose Bengale, Methylorange, Vesuvin, Tropäolin, Scharlachroth, Congoroth, Indulin, Methylenblau. Die Einwirkung wurde am Staphylococcus pyogenes aureus und dem Milzbrandbacillus meist mittels der Seidenfädenmethode erprobt. Völlig entwicklungshemmend erwiesen sich in 0,2%igen Lösungen bei 10 Minuten langer Einwirkung auf den Staphylococcus pyogenes nur Methylviolett, Malachitgrün, Phenylblau, und Trimethylrosanilin. Gesättigte Lösungen von Methylviolett, Malachitgrün, Trimethylrosanilin, Rose Bengale, Phenylblau und Methylenblau verhinderten bei 1 Minute langer Einwirkung oder verzögerten die Entwicklung ziemlich regelmäßig. Auf die Entwicklung der Milzbrandbacillen wirkten völlig hemmend ein: Methylviolett, Malachitgrün, Trimethylrosanilin und Phenylblau in koncentrirten Lösungen, selbst wenn die Berührung nur 1 Minute gedauert hatte. Von diesen Farbstoffen hatten bei subkutaner Anwendung beim Kaninchen keine bemerkenswerthen Störungen zur Folge nur Rose Begale, Phenylblau und Methylenblau.

In der zweiten Arbeit untersuchte Weber mehrere dem Acetanilid oder Antifebrin nahestehende Körper auf ihre pharmakodynamischen Eigenschaften. Es ergab sich, dass die Acetanilidoessigsäure, wie deren Natriumverbindung weniger giftig wirkt als Acetanilid. In stärkeren Lösungen zum Blut hinzugesetzt, verändern jene Substanzen das Hämoglobin. Fäulnis und Entwicklung des Eitercoccus sind sie nicht im Stande zu verhindern. Das Form-

anilid wirkt giftiger als das Antifebrin; die therapeutische Wirkung auf Fieber und Schmerzen ist jedoch deutlich geringer. Die Formanilidoessigsäure, etwa eben so giftig wie das Formanilid, zeigte bei mäßiger Dosis auf Herz und Athmung von Kaninchen keinen Einfluss. Dagegen wurde schon bei subkutaner Anwendung von 0,25 pro Kilo Formanilidoessigsäure der Methämoglobinstreifen im Blut des vergifteten Thieres konstatirt. In therapeutischer Hinsicht wurde das Natronsalz ohne besonderen Nutzen bei leichtem Fieber und Rheumatismus angewandt. Die Acetanilidoessigsäure, welche nach Analogie des Antifebrins angewandt wurde, blieb auch ohne jeden therapeutischen Effekt. **Peiper** (Greifswald).

---

8. **H. Stillmark.** Über Ricin.

(Arbeiten a. d. pharmakolog. Institut zu Dorpat 1889. Hft. 3.)

Nach einer historischen Zusammenstellung der litterarischen und sonstigen Notizen über die Anwendung der Ricinuspflanze bei den verschiedenen Völkern referirt S. weiter die divergenten Ansichten der einzelnen Autoren über die toxischen Substanzen des Ricinus. Durch eigene chemische Untersuchungen der Ricinussamen kommt S. zu dem Ergebnis, dass der toxische Körper, welchen er »Ricin« nennt, ein Eiweißkörper, eine sogenannte Phytalbumose sei und zur Gruppe der »ungeformten« Fermente gehöre, der im Wesentlichen durch Extraktion mit 10%iger ClNa-Lösung gewonnen wurde.

Die bei Weitem interessanteste und wichtigste Wirkung übt das Ricin auf das Blut aus. Es veranlasst nämlich aus bereits defibrinirtem Blut die Abscheidung einer unfiltrirbaren rothen Masse, welche mit Blutkuchen große Ähnlichkeit hat. Es handelt sich hierbei um eine Coagulation der rothen Blutkörperchen. Bereits ausgeschiedenes aber durch gesättigte Salpeterlösung wieder gelöstes Fibrin wird durch Ricinzusatz zum kleineren Theil wenigstens wieder gefällt. Außer der Blut-Fibrinausscheidung wurden aber andere Eiweißausscheidungen, wie Myosingerinnung, durch Ricin nicht beeinflusst. Die Ausscheidung von Gerinnungen im Blut ist auch die mechanische Ursache, wesshalb in künstlichen Durchblutungsversuchen durch Ricinzusatz die Stromgeschwindigkeit außerordentlich verkleinert wird.

Auf das isolirte Froschherz und die isolirten Nerven und Muskeln ist Ricin ohne Wirkung.

Nach Applikation des Ricins subkutan, intravenös oder per os treten als wesentlichste Wirkung auf den Gesammtorganismus hochgradige Darmerscheinungen auf. Bei der Sektion finden sich im Magen, Dünndarm und Dickdarm und im Blinddarm blutrothe Verfärbung der Schleimhaut, größere und kleinere Ekchymosen und Geschwüre. Kobert, unter dessen Leitung S. arbeitete, erklärt diese Erscheinungen in der Weise, dass das durch Vermischung mit dem resorbirten Ricin geronnene Blut die Lumina der

Darmkapillaren verstopft und auf diese Weise Thrombosen und Ekchymosirungen bewirkt. Erosionen und Ulcera der Darmschleimhaut und der des Magens sind die natürlichen Folgen der Cirkulationsstörungen. Bei den Versuchsthieren erfolgte der Tod zuweilen unter Konvulsionen, häufiger tritt er aber unter Collaps in somnolentem Zustande ein.

Die von S. zusammengestellte Kasuistik der Ricinusvergiftung am Menschen zeigt dieselben Vergiftungssymptome wie die Thierversuche mit dem Ricin.

Eine ähnliche Substanz enthalten nicht nur die Samen anderer Ricinusarten, sondern auch die Krotonsamen und die Samen von Jatropha Cercas.

Schließlich weist S. auf die sanitären Gefahren hin, welche eventuell durch die bei der Ricinusölfabrikation hinterbleibenden Presskuchen entstehen könnten. **H. Dreser** (Tübingen).

---

9. **F. Henrijean.** Recherches sur la pathogénie de la fièvre.

(Revue de méd. 1889. No. 11.)

Nachdem Verf. die gangbaren Theorien über das Fieber gewürdigt, sucht er festzustellen, wie sich im Fieber einmal die Aufnahme des O, das andere Mal die Wärmeabgabe verhält. Fand er in zahlreichen Experimenten schon unter normalen Verhältnissen des Versuchsthieres, dass die Körperwärme trotz erheblicher Schwankungen der Sauerstoffaufnahme dieselbe blieb, so sah er eben so wenig wie andere Forscher vor ihm, dass mit der febrilen Steigerung der Temperatur eine Vermehrung der O-Absorption Hand in Hand gehen muss. Ein konstantes Verhältnis zwischen beiden existirt nicht; sah doch Verf. Temperaturerhöhungen bei Verminderung der O-Aufnahme. Was die Wärmeabgabe anbetrifft, so sind die Beobachtungsresultate nicht weniger schwankend. Zur Erzeugung des Fiebers benutzte Verf. Kulturen des Bacillus pyogenes. Durchschnitt er einem Kaninchen das Halsmark in der Höhe des 3. oder 4. Wirbels, so trat der Tod unter einer beträchtlichen Temperaturabnahme ein; injicirte er nach der Durchschneidung virulente Kulturen, so ließ sich kein Unterschied konstatiren, die Temperatur sank gleichmäßig bis zum Tode. Verf. schließt hieraus, dass beim Fieber es sich um eine specielle Einwirkung auf das Nervensystem handelt, in dem Sinne, dass die febrilen Stoffwechselprodukte, welche dem veränderten Chemismus der Zelle ihre Entstehung verdanken, die thermogenetischen oder vasomotorischen Hirncentren alteriren. — eine Ansicht, die mit den bakteriologischen Forschungen harmonirt.

Rönick (Berlin).

---

10. **S. Talma** (Utrecht). Untersuchungen über Ulcus ventriculi simplex, Gastromalacie und Ileus.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Die Ansichten über die Entstehungsweise der Ulcera rotunda und der Gastromalacie sind in vielen Punkten von einander abweichend; die größte Einheit der Meinungen findet sich noch mit Bezug auf die Pathogenese der Gastromalacie, aber auch hier noch halten die Einen die Gastromalacie einfach für eine postmortale Veränderung, Andere geben die Möglichkeit der Entstehung bei Lebzeiten zu, aber auch sie haben keine ausschlaggebende Erklärung. In überaus interessanter Weise hat T. experimentelle Untersuchungen unternommen, meistens an Kaninchen, bisweilen an Hunden ausgeführt. Der Darmkanal wurde verschieden fern vom Pylorus unterbunden, in anderen Untersuchungen der Magen über der Cardia und unterhalb des Pylorus abgebunden, in anderen Fällen in einfacher Weise die Magenwand des lebenden Thieres unter einen verschieden hohen Spannungsgrad versetzt, bald mit schwach, bald mit stärker salzsäurehaltiger Wassermenge, bald auch durch Faradisation des durchschnittenen Vagus die Magenwand stundenlang in Kontraktion versetzt. Die Resultate sind dahin zusammenzufassen, dass bei Kaninchen Gastromalacie entsteht, wenn zwei Umstände zusammenwirken, nämlich die Anwesenheit eines chemisch differenten Mageninhaltes und eine hohe Spannung der Magenwand. Auf eine hohe Spannung der Magenwand folgt, zumal in der Mucosa, ausgebreitete Blutinfiltration, Nekrose und deren Folgen. Schon ein sehr geringer Salzsäuregehalt im Mageninhalt bringt die in dieser Weise veränderten Theile zur Erweichung. Je nachdem der Inhalt chemisch stärker einwirkt, folgen sowohl die Blutinfiltration und Nekrose als auch die Erweichung schneller; je nachdem also der Inhalt des Magens mehr different ist, erzeugt eine geringere Spannung oder eine Spannung von kurzer Dauer die nämlichen Veränderungen wie eine größere Spannung oder eine gleiche Spannung von längerer Dauer. Die Gastromalacie kommt unter diesen Umständen bei Kaninchen entweder allein oder hauptsächlich im Fundus zu Stande, wo die Muscularis dem Drucke den geringsten Widerstand bietet und, wie die unmittelbare Beobachtung am lebenden Kaninchen lehrt, die Cirkulation am meisten gehemmt ist. Eine Hauptursache der Blutung und deren Folge ist die Hemmung der Blutcirkulation. Dass die Gastromalacie nur im Fundus gefunden wurde, liegt hauptsächlich in der größeren Stockung der Wand und wahrscheinlich der Blutgefäße daselbst, wahrscheinlich trägt auch das geringere Widerstandsvermögen der Mucosa im Fundus hierzu bei. Wenn die Malacie ohne vorhergehende Blutung zu Stande kommt, so entsteht die »weiße« Malacie. Neben der Malacie finden sich oft Ulcera in verschiedenen Entwicklungsstadien: für ihr Entstehen ist eine starke Hemmung der Blutcirkulation erforderlich, durch welche 1) starke Blutungen unter der

Mucosa stattfinden, welche dieselbe von der Muscularis abheben und tödten und 2) Blutungen in der Mucosa zu Stande kommen, mit welchen ebenfalls Nekrose verbunden ist. Durch Erweichung dieser nekrotischen Theile, unter dem Einfluss des Mageninhaltes entstehen die verschieden großen Geschwüre. Oft entstehen auch Geschwüre ohne vorhergehende Blutung; diese kann alsdann der Erweichung folgen. Die Bilder können sich desshalb mannigfaltig gestalten: ein Ulcus ist aber nur eine »Form« der Malacie. Diese Resultate, an Kaninchen gewonnen, glaubt T., was die Gastromalacie anlangt, auf die Gastromalacie beim Menschen übertragen zu können, ein principieller Unterschied besteht nicht, so dass mit Hinweis auf die Litteratur er den Satz aufstellt: die braune Gastromalacie entsteht beim Menschen, wenn nicht immer, so doch meistens während des Lebens. Die Thatsache, dass bei Kaninchen durch langdauernde Kontraktion der Muscularis die Mucosa erweichen kann, lässt annehmen, dass auch beim Menschen allgemeiner Magenkrampf eine übereinstimmende, weiße oder braune, Malacie zur Folge haben kann. Was das Ulcus ventriculi simplex beim Menschen anlangt, so lassen sich die Erklärungsmomente der hohen Spannung der Magenwand und eines großen Säuregehaltes des Mageninhaltes nicht ohne Weiteres auf den Menschen anwenden, bei ihm pflegen auch die Ulcera beinahe allein im Pylorustheile zu sitzen. T. beschreibt zunächst hier 3 Fälle, in welchen Magenkrampf für die Ursache der Nekrose gehalten werden musste; die Experimente am Kaninchen, bei denen durch Faradisation des peripheren Endes des durchtrennten linken Nervus vagus Spasmus ventriculi erzeugt wurde, lieferten runde Geschwüre im Pylorustheile mit der Erklärung, dass der Krampf der Magenwand durch Hemmung der Blutcirkulation diese Ulcera veranlasst; zum Theil wenigstens ließen sich diese Verhältnisse auf den Menschen übertragen, jedenfalls ist bei ihm Magenkrampf viel häufiger als in der Regel angenommen wird. Die auf den Ileus bezüglichen Auseinandersetzungen beschränken sich wesentlich auf Studien über die Vermehrung des flüssigen Inhaltes des Magens und der Därme, oberhalb der Schließungsstelle und die Veränderung, welche die angehäuften Stoffe erleiden; das Erbrechen im Verlauf des Ileus kann nicht hoch genug geschätzt werden, in den Thierversuchen giebt die Magenüberfüllung und ihre Folgen die Ursache des Todes ab.

Prior (Köln).

---

11. **Verneuil.** De la grippe au point de vue chirurgical.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1890. No. 18.)

Die vorliegende Arbeit zerfällt in 3 Abschnitte: der erste behandelt die chirurgischen Affektionen, welche durch die Grippe hervorgebracht werden; im zweiten wird der Verlauf chirurgischer Eingriffe während der Grippe und während der Rekonvalescenz von derselben besprochen; ein dritter Abschnitt erörtert den Einfluss der Grippe

als interkurrenter Krankheit auf die Heilung von Wunden und auf Erkrankungen chirurgischer Art.

Im 1. Theile erwähnt V. die Otitiden eitriger und nicht eitriger Natur; die Affektionen der Conjunktiven und der Augenlider, die oft ebenfalls zur Eiterung kommen; die Parotitis, Pleuritis, Pericarditis purulenta; Furunkel und Abscesse in den verschiedensten Organen. Er hebt ausdrücklich die Neigung aller während der Grippe entstehenden entzündlichen Processe zur Eiterbildung hervor.

In der Besprechung der operativen Behandlung dieser Erkrankungen ergiebt sich von selbst der Übergang zum vorerwähnten 2. Theile der Arbeit. In diesem berichtet Verf. zunächst ausführlich über 2 Fälle seiner Beobachtung. Im 1. Falle handelte es sich um einen 29jährigen Menschen, der in der Rekonvalescenz von der Influenza an einem Pectoralisabscess erkrankte; derselbe wird eröffnet und drainirt; die Heilung verläuft ganz glatt; plötzlich tritt Endocarditis hinzu und es erfolgt der Exitus. Im 2. Falle wird bei einer Frau von 44 Jahren am Ende der Rekonvalescenz von der Grippe die Amputation der Mamma wegen Carcinom vorgenommen; die Heilung verläuft glatt; plötzlich tritt ein neuer Anfall von Grippe auf und Pat. stirbt unter den Erscheinungen der Pyämie. Nach eingehender Erörterung dieser Fälle kommt Verf. zu dem Schlusse, dass alle Operationen mit alleiniger Ausnahme der wegen Indicatio vitalis unaufschiebbaren bei einem Gripperekonvalescenten bis zur vollständigen Wiederherstellung aufzuschieben sind; dass es sehr schwierig ist, das Ende der Rekonvalescenz mit Sicherheit zu bestimmen und man sich die außerordentliche Langsamkeit derselben und die Neigung zu Recidiven vergegenwärtigen muss.

Der Einfluss der Grippe auf die Heilung von Wunden macht sich in mehrfacher Form geltend: Bei nicht durch die Naht geschlossener Wunde wird stärkere Eiterung, unregelmäßige Heilung und verlangsamte Narbenbildung beobachtet; bei genähten Wunden kommt die Prima intentio öfter als gewöhnlich nicht zu Stande. Schließlich beeinflusst die Grippe auch chirurgische Erkrankungen nicht traumatischer Natur: Gelenkerkrankungen, die bereits zur Heilung neigten, verschlimmerten sich nach Eintritt der Grippe ganz erheblich. In 3 Fällen wurde schnelles Wachsen von Tumoren, die vor dem Erscheinen der Grippe ganz langsam zugenommen hatten, beobachtet.

Mit der Aufforderung, dass auch andere Chirurgen ihre diesbezüglichen Erfahrungen veröffentlichen möchten, schließt Verf. seine interessante Arbeit. **M. Cohn** (Berlin).

---

12. **A. Adamkiewicz.** Pachymeningitis hypertrophica und der chronische Infarkt des Rückenmarkes.

Wien, **A. Hölder,** 1890. 51 S. Mit 1 Tafel.

Im Anschluss an einen klinisch nicht sehr genau beobachteten, aber anatomisch mit der Safraninmethode exakt untersuchten Fall

von Pachymeningitis hypertrophica sucht A. die bis jetzt herrschenden Lehren über die Beziehungen dieser Erkrankung zum Rückenmark selbst zu reformiren. Er glaubt, dass durch seine bei diesem Falle gemachten Entdeckungen die Anschauungen von Leyden und Charcot »in allen Punkten unhaltbar« werden. Nach ihm ist der Process so zu definiren: »Die Pachymeningitis dringt mit ihren Wucherungen von den zuerst erkrankenden Rückenmarkshäuten aus auf der Bahn der Gefäßchen in das Rückenmark ein. Die Gefäßchen der Peripherie übertragen den chronischen Infarkt auf die peripherischen Schichten des Rückenmarkes und richten diese zu Grunde, während auf der Bahn der Arterien der vorderen Fissur die verheerende Sklerose in das Gebiet der Vorderhornzellen eindringt und von hier aus Pyramidenbahnen, Kommissuralfasern und vordere Wurzelbündel zur Degeneration bringt. Von den vorderen Wurzelbündeln überträgt sich der Destruktionsprocess auf die vorderen Wurzeln. Aber für letztere ist, wie für die Rückenmarkswurzeln überhaupt, die pachymeningitische Schwarte mit ihren zerstörenden Einwirkungen die direkte und unmittelbare Hauptquelle des Unterganges«. »Sekundäre Degeneration kann vollständig fehlen.« Die Schilderung der klinischen Symptomatik, in welcher sich A. auch auf zwei weitere nicht genauer beschriebene Fälle bezieht, gipfelt in den Worten, dass es eine dem Grundübel (Infarkte in Folge von Erkrankung der Gefäße) der Pachymeningitis anhaftende Eigenschaft ist, sich jedem Faserkrankheitsschema proteusartig zu entwinden. In den Schlussbetrachtungen betont A. als eines der wichtigeren Ergebnisse seiner Arbeit, dass dieselbe zum Nachweis der Existenz seiner vor einem Jahre nur theoretisch konstruirten Ernährungsgebiete im Rückenmark in Gestalt der beschriebenen chronischen Infarkte thatsächlich geführt habe. Bezüglich der übrigen überraschend zahlreichen neuen, allerdings ebenfalls nicht bestimmt zu beweisenden Anschauungen verweisen wir auf das Original. Die Ausstattung des Buches ist eine gute.

A. Cramer (Eberswalde).

---

13. **Sachs.** The peroneal form of leg-type of progressive muscular atrophy.

(Brain 1890. Januar.)

Zu dieser Form der Muskelatrophie, welche von Tooth als »Muscular atrophy of the peroneal type«, von Charcot und Marie als »Forme particulière d'atrophie musculaire«, von Schultze als eigenthümliche progressive, atrophische Paralyse«, von Hoffmann neuerdings (s. d. Centralblatt 1889 No. 40) als »progressive neurotische Muskelatrophie« bezeichnet worden ist, bringt Verf. 2 Fälle bei, welche 2 Brüder betreffen. Wir finden all die von Hoffmann in monographischer Ausführlichkeit gezeichneten Hauptzüge des Krankheitsbildes wieder: familiäre Disposition, Erkrankung in frühem Kindesalter, fortschreitende atrophische Lähmung der Unterextremi-

täten von ziemlich deutlich ascendirendem Charakter mit Klumpfußstellung und sekundären Gelenkveränderungen, spätere Betheiligung auch der Oberextremitäten (hier indessen ohne ascendirenden Typus und Krallenhandstellung). Partielle bis totale Entartungsreaktion der befallenen Muskulatur (besonders Peronei, Tibialis anticus und Ext. dig. comm.). Das Verhalten der Sensibilität, der Haut- und Sehnenreflexerregbarkeit scheint inkonstant zu sein; es war in den beiden Fällen des Verf. nahezu normal. Vasomotorische Störungen schwach ausgeprägt, Psyche intakt.

Der Abhandlung sind Photogramme beigegeben, welche den sehr wesentlichen (wenn auch wegen der Progressivität des Leidens nur temporären) Erfolg chirurgischer Behandlung (Tenotomie der Achillessehne, Spaltung der Fascia plantaris) für die Fußstellung illustriren.

Die differentialdiagnostischen Erwägungen führen den Verf. zu der Auffassung, dass die Duchenne'sche Atrophie und die in Rede stehende Form möglicherweise den Arm- und Beintypus derselben Form oder wenigstens einander sehr verwandte Formen darstellen.

Den von Hoffmann vorgeschlagenen Namen der »neurotischen« Atrophie verwirft er, weil er anatomisch nicht nachgewiesene Verhältnisse präjudicire und Hoffmann selbst durch seine eigenen Erwägungen mehr auf die Ganglienzellen als primären Sitz der Affektion hingewiesen werde. Er schlägt vielmehr vor, die allgemeinere Bezeichnung »peroneale Form (oder »Beintypus«) der allgemeinen progressiven Muskelatrophie« beizubehalten. **Tuczek** (Marburg).

---

14. **R. Hirsch** (Hannover). Neueres über die Therapie des Rheumatismus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 3 u. 4.)

Die Arbeit stellt, in umfassender Weise die Litteratur zusammenfassend, dasjenige zusammen, was als Frucht der auf dieses Thema bezüglichen Mittheilungen der letzten Jahre zu gelten hat. Für das 1. Kapitel, den akuten Gelenkrheumatismus, weist die Prophylaxis darauf hin, dass man bei der Erkenntnis, dass der Gelenkrheumatismus an manche Häuser und Häusergruppen gebunden ist, diejenigen Häuser zu meiden hat, in welchen mehrfach Fälle von akutem Gelenkrheumatismus vorgekommen sind und dass vor Allem Personen, die eben einen akuten Gelenkrheumatismus überstanden haben, eine Veränderung der Wohnung vornehmen. Die veröffentlichten Zusammenstellungen zeigen mit Bezug auf die Therapie, dass in den vier Körpern Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin und Salol Mittel gewonnen sind, welche als Specifica in der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus zu gelten haben, die aber eben so wenig wie die Salicylsäure unfehlbar sind, so dass wir ihrer aller vier bedürfen und im gegebenen Falle das eine eintritt, wenn das andere versagt. Die Grenzen der Wirksamkeit lassen sich noch nicht bestimmen.

2) Neuralgien. Es ist sehr wahrscheinlich, dass alle Neuralgien, außer den durch Erkrankung des Centralnervensystems, durch Meningitis oder Syphilis bedingten, ätiologisch mit dem akuten Gelenkrheumatismus gleichwerthig sind; auch hier folgt aus der Zusammenstellung, dass in dem Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin wirksame Mittel zur Bekämpfung der Neuralgien uns gegeben sind; bei der Anwendung ist streng zu individualisiren.

3) Chorea. Die Salicyltherapie hat nicht den Erfolg, dass die Behandlung einer größeren Verbreitung werth wäre (Prior, Struck); günstiger lauten die Resultate, welche das Antipyrin ergab, jedoch auch hier lässt sich kein definitives Urtheil zur Zeit abgeben. Vom Antifebrin und Phenacetin liegen nur vereinzelte Beobachtungen vor.

4) Urticaria. Sahli allein berichtet von einem Falle von Urticaria, welcher jeder Behandlung widerstand, aber schließlich durch Salol sofort geheilt wurde. Sonstige Beobachtungen über den Gebrauch der Antirheumatica bei Urticaria liegen nicht vor, Antipyrin dürfte zunächst zu erproben sein. **Prior** (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

15. **M. Wallach.** Ein Beitrag zur Lehre vom Melanosarkom.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

W. hat ein Melanosarkom zunächst nach der Methode von Perls untersucht (Einlegen des Schnittes in Ferrocyankaliumlösung, Behandlung mit Chlorwasserstoffsäure) und dabei negative Resultate erhalten. Er kochte nun eine Anzahl von Schnitten des Tumors mit Königswasser bis zur völligen Auflösung der Masse. Die resultirende Flüssigkeit wurde stark eingedampft, um das Chlor und die Salpetersäure möglichst zu entfernen, und alsdann mit einem großen Überschuss von gelbem Blutlaugensalz in der Kälte versetzt, dabei trat deutlich Blaufärbung — Eisenreaktion also — ein. **Leubuscher** (Jena).

16. **Buchwald.** Über syphilitisches Aortenaneurysma nebst Bemerkungen über Herzsyphilis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Zwei Krankheitsfälle, deren Geschichte kurz mitgetheilt wird, zeigen aufs deutlichste, in welcher Weise auch die großen Gefäße unter dem Einflusse der Syphilis erkranken können. In diesen Fällen handelte es sich um die Bildung von Aneurysmen: Der 1. Fall betraf einen 44jährigen Mann, der 6 Jahre vorher Syphilis acquirirte und trotz mehrfacher Behandlung immer wieder specifische Krankheitserscheinungen bekommen hatte. Es traten nun die Erscheinungen eines Mediastinaltumors auf, bezüglich dessen eine exakte Diagnose nicht gestellt werden konnte. Unter Jodkaligebrauch gingen die Symptome zurück und es trat für 1 Jahr lang subjektives Wohlbefinden ein. 12 Tage vor dem Tode entwickelte sich hochgradige Cyanose und Athemnoth und es zeigte sich hinten in der Gegend der Lungenwurzel (durch Perkussion nachweisbar) ein großer Tumor. Der Exitus trat plötzlich ein; die Sektion ergab ein Aneurysma des Anfangstheiles der Aorta bis zum Bogen, ein zweites kleineres Aneurysma der Brustaorta am unteren Theil. Die ganze Gefäßhaut zeigte Veränderungen, wie sie für specifische Erkrankungen als kennzeichnend beschrieben werden.

Der zweite Fall betraf einen 40jährigen Mann, bei welchem neben der Erweiterung der Aorta und der Gefäßdegeneration der peripheren Arterien später eine Insufficienz des Herzens besonders hervortrat. Hier trat unter dem Einflusse der

Behandlung ein allmähliches Nachlassen sämmtlicher Erscheinungen und eine gewisse Heilung ein.

Es ist wohl von größter Wichtigkeit, dass nicht nur die Syphilidologen, sondern auch die Kliniker auf solche specifische Erkrankungen des Gefäßsystems genauestens achten, mit Berücksichtigung der Annahme B.'s, »dass eine große Anzahl von Aneurysmen specifischer Natur sei« und damit die Weiterentwicklung des Leidens aufzuhalten oft genug in die Hände des Arztes gegeben sei. Allerdings wird in solchen Fällen mehr der Hausarzt in der Lage sein, die Entwicklung der Gefäßerkrankung Schritt für Schritt zu verfolgen.

Eine ganze Anzahl von Fällen (über 20), welche B. zum Theil behandelt, zum Theil immer unter Aufsicht hatte, haben ihm ergeben, dass die syphilitische Myocarditis ein bei Weitem häufigeres Leiden sei als man annimmt, dass schon die Eigenartigkeit dieser Krankheit zur Diagnose führen kann, dass durch antisyphilitische Kuren nicht nur Besserung, sondern auch Heilung erzielt werden könne. Die Kranken klagten meist über Kopfschmerz, Schwindel, Flimmern, Gedächtnisschwäche, Nachlassen der Kräfte, Herzklopfen, Athembeschwerden, Heiserkeit, Halsschmerzen; manchmal traten die Erscheinungen der Angina pectoris und neuralgische Beschwerden mehr als die Abmagerung in den Vordergrund. Die Untersuchung ergab Irregularität des Herzens, Herzhypertrophie, Veränderungen an dem peripheren Gefäßsystem. Die meisten Fälle zeigten unter antisyphilitischer Behandlung rasch auffallende Besserung resp. Heilung; ein Theil der Fälle, bei welchen die Herzinsufficienz nicht mehr zu beeinflussen war, ging auffallend rasch zu Grunde. **Seifert** (Würzburg).

17. **C. Osthoff.** Die »infektiöse« Form der fibrinösen Lungenentzündung. (Aus der Krankenabtheiluug der königl. Gefangenanstalt Zweibrücken.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 51—52.)

In den Monaten Februar bis Mai 1889 kamen in der Gefangenanstalt Zweibrücken eine große Anzahl von Lungenentzündungen zur Beobachtung, die den Charakter der auch anderwärts konstatirten »infektiösen« Lungenentzündung erkennen ließen, andererseits mit der genuinen fibrinösen Pneumonie vollständig übereinstimmten. Von 307 Insassen erkrankten 27, starben 2, und zwar stellten das Hauptkontingent die jugendlichen Gefangenen. Die Ursache der Endemie ist, wie nachgewiesen wird, in der Ungunst der besonders in der jugendlichen Abtheilung herrschenden Wohnungsverhältnisse zu suchen, durch welche vielleicht die specifischen Pneumonieerreger eine hochgradige Ansteckungsfähigkeit erlangt haben; als solche wurden die Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumokokken nachgewiesen. Klinisch waren die Fälle dadurch ausgezeichnet, dass die allgemeinen Erscheinungen über die lokalen überwogen. Nach dem initialen Frost rasende Kopfschmerzen, anhaltendes Erbrechen galliger Flüssigkeit, Steifigkeit in den Gliedern, lautes Stöhnen und Benommenheit erinnerten neben der Milzschwellung und der seltenen Albuminurie an das Bild der schwersten Allgemeininfektion.

Durch Schaffung eines neuen Arbeitsraumes wurden die sanitären Verhältnisse der Anstalt verbessert und dadurch das gethan, was die hygienische Prophylaxe wünschen kann. **Goldschmidt** (Nürnberg).

18. **P. Strassmann.** Influenza bei Neugeborenen.

(Sep.-Abdr. a. d. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XIX. Hft. 1.)

Von 20 Kindern der Wochenstation in der Gießener Frauenklinik erkrankten im Januar 8 Kinder, während vordem der Gesundheitszustand bis zum Ausbruche der Influenza in der Stadt ein günstiger gewesen war. Die Symptome der Erkrankung waren folgende: Ganz plötzlicher Beginn, Schnupfen, Angina, Conjunctivitis, Verdauungsstörungen. Auffallende Temperaturerniedrigungen bis zu 31,2° im Rectum wurde beobachtet, die auf Befallensein der tieferen Luftwege deuteten. Die durchschnittliche Dauer der Krankheit betrug 4—6 Tage. Bei allen Kindern wurde Abnahme des Körpergewichtes vermerkt. Ein Fall komplicirte sich mit

Pneumonie und endete letal. Alle diese Wahrnehmungen veranlassten den Verf., die epidemische Erkrankung in der Klinik mit der Influenza in Zusammenhang zu bringen. **M. Cohn** (Berlin).

19. **Alison.** Mémoire sur les symptômes et les complications de la grippe.

(Arch. génér. de méd. 1890. April u. Mai.)

Aus der sehr umfangreichen Arbeit des Verf., in welcher er des Ausführlichen über 25 Beobachtungen von einfacher und komplicirter Grippe berichtet, heben wir folgende bemerkenswerthe Resultate hervor:

A. will eine Temperaturerhöhung der peripheren Theile von 1—$2^1/_2{}^0$ bemerkt haben, während die Temperatur in Rectum und Achselhöhle normal war. Ferner verzeichnet er mehrfach Verstärkung der Leberdämpfung und wichtige Veränderungen des Urins, der dichter nnd sedimenthaltig war, mehr Harnsäure, Gallenpigmente, in schweren Fällen auch Eiweiß und Pepton enthielt.

Unter den Komplikationen erwähnt A. besonders einige Fälle von Bronchopneumonie mit Darmentzündung bei Kindern, passive Lungenkongestion und Pneumonien eigenartigen Charakters. Ferner beobachtete er Bildung von Gallen- und Nierensteinen, Kongestion und Entzündung der Meningen und schließlich in zwei Fällen Tetanus. **M. Cohn** (Berlin).

20. **Holst.** Psychosen nach Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 27.)

H. berichtet über zwei im Anschluss an Influenza entstandene Psychosen, die in der Binswanger'schen Anstalt zur Beobachtung gekommen sind. Im 1. Falle handelte es sich um transitorisches hallucinatorisches Irresein mit völliger Bewusstseinsstörung bei einem 17jährigen Knaben, das in seinem Verlaufe den bei fieberhaften Krankheiten, besonders bei Typhus abdominalis gemachten Beobachtungen von transitorischem Irresein durchaus ähnelte. Im 2. Falle stellten sich bei einem 20jährigen, schwächlichen und erblich belasteten jungen Mädchen nach einem sehr heftigen Influenzaanfall unaufhörliche Delirien und Nahrungsverweigerung ein. Nach wenigen Tagen Exitus; die Sektion ergab Sinusthrombose, die jedenfalls als direkte Folge der Influenza aufzufassen ist. Die Anfänge der Delirien sind nicht als Folge der Sinusthrombose zu betrachten, sondern waren Erschöpfungsdelirien; die am Schlusse der Krankheit beobachtete Somnolenz und motorische Prostration war durch die Sinusthrombose bedingt.

Am Schlusse seiner Arbeit berichtet H. über den Einfluss der Influenza auf schon vorhandene Geisteskrankheiten. Der Einfluss auf chronische Psychosen ohne Erregungszustände ist ganz mit dem auf Gesunde identisch. Bei chronischen Psychosen mit Erregungszuständen trat in 2 Fällen offenbar im Zusammenhange mit der allgemeinen Prostration merkliche Beruhigung und Klärung ein. Auf akute Psychosen wurde folgender Einfluss bemerkbar: Heitere Verstimmung und Erregungsaffekt meist etwas herabgesetzt; Angst und traurige Verstimmung werden nicht deutlich beeinflusst. Hypochondrische Wahnideen wurden verstärkt. Hallucinationen wurden in einem Falle beobachtet. Nervöse Symptome der Psychosen wurden fast ausnahmslos gesteigert; motorische Agitation eben so oft deutlich gesteigert als herabgesetzt. **M. Cohn** (Berlin).

21. **G. Bassi.** Epatite interstiziale da peritonite chronica.

(Rivista clin. 1889.)

Während in jeder Beziehung, vom klinischen, vom pathologisch-anatomischen und vom pathogenetischen Standpunkt aus, die scharfe Trennung der klassischen Lebercirrhose von der hypertrophischen Cirrhose, welche als vaskuläre oder portale Cirrhose einerseits und als biliare andererseits nichts mit einander gemein haben, als nothwendig und möglich anerkannt wird, unterliegt die Abtrennung einer dritten Form aus dem allgemeinen Begriff der Lebercirrhose als kapsulärer Cirrhose, wie sie von Chauffard und anderen Franzosen, so wie von Jürgensen versucht wurde, größeren Schwierigkeiten; wie wenig auch vom theoretischen Stand-

punkt aus gegen dieselbe einzuwenden ist, praktisch liegt immer die Berechtigung vor, zu zweifeln, ob es sich im einzelnen Falle um eine echte Ausbreitung der Perihepatitis in das Lebergewebe handelt oder um die Koexistenz einer Perihepatitis und einer — davon unabhängigen — interstitiellen Hepatitis.

Ein genau beobachteter Fall auf der Klinik Galvagni's, in welchem die klinische Differentialdiagnose zwischen Peritonitis chronica mit sekundärer Lebercirrhose und zwischen genuiner atrophischer Cirrhose unentschieden blieb, gab zu einer sorgfältigen histologischen Untersuchung Anlass und musste mangels gewisser Befunde, welche seine Zugehörigkeit zu der einen oder anderen typischen Form der Cirrhose erfordert hätten, als eine Cirrhose sui generis aufgefasst werden, als eine Cirrhose, die anatomisch ihre Ausbreitung entlang den Zweigen der Vena portae und der Arteria hepatica nahm, ohne indess zur Ausbildung deutlicher Granulationen, noch zur Entstehung von Ikterus zu führen. Für die Auffassung des Falles als einer von der Peritonitis abhängigen interstitiellen Hepatitis findet Verf. in der Krankengeschichte zwei Argumente: 1) das in der Vergangenheit weite Zurückliegen der Peritonitis vor den ersten klinischen Symptomen der Leberaffektion; 2) das Fehlen der für die Entstehung der primären Cirrhosen nothwendigen Bedingungen (Mannesalter und Alkoholismus), in so fern seine Beobachtung einen 15jährigen Knaben betrifft, der im November 1887 die ersten Symptome einer »Peritonitis chronica idiopathica« zeigte und im März 1889 einem interkurrenten Bronchialkatarrh unterlag, nachdem inzwischen der vom Grundleiden abhängige Ascites häufige Punktionen des Abdomens erfordert hatte. Bei der Sektion fand sich die Leber von nahezu gewöhnlicher Größe, etwas vermehrter Konsistenz, aber verminderter Resistenz (leichte Zerreißlichkeit des Organs), mit den oben angedeuteten mikroskopischen Veränderungen. An allen Organen der Bauchhöhle die ausgeprägten Veränderungen der chronischen, zur Membranbildung führenden Peritonitis; Milz erheblich vergrößert. Neben der vollständigen Beobachtung des einen Falles verfügt Verf. in der Epikrise über eine Anzahl nicht unwichtiger kleinerer Beiträge zu seinem Thema. **G. Sticker** (Köln).

22. **Heinrich Weiss** (Wien). Ein weiteres Initialsymptom der Tabes dorsualis.

(Wiener med. Presse 1890. No. 6.)

W. hat in einem Falle von Tabes, bevor noch andere unzweideutige Symptome auftraten, ein Unvermögen des Pat., rückwärts zu gehen, beobachtet. Sonst ging der Kranke völlig rasch und sicher. **Leubuscher** (Jena).

23. **G. Leslie.** On the cure of facial neuralgie, odontalgia, and allied neuroses.

(Edinb. med. journ. 1890. Januar.)

L. hat in fast 20 kurz mitgetheilten Fällen von Neuralgien im Gebiete des Trigeminus, Zahnschmerzen verschiedenen Ursprungs, Kopfschmerz bei fieberhaften Krankheiten Einblasungen von Kochsalz in die Nase mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht. Er räth, mittels eines gewöhnlichen Insufflators das fein gepulverte Kochsalz einzublasen, während der Kranke durch die Nase tief einathmet; die Reizerscheinungen danach sind nicht nennenswerth. Im Allgemeinen empfiehlt es sich, in das Nasenloch derselben Seite einzublasen, auf welcher der Schmerz sitzt; die Einblasungen sind, so fern nicht eine genügt (was aber auch selbst in schweren Fällen so sein kann), rasch zu wiederholen, d. h. alle halbe Minuten. Mehr als 5 Minuten hat Verf. zur Erzielung des Erfolges nie gebraucht. Zuweilen wurde es den Kranken ausdrücklich gesagt, was mit ihnen vorgenommen wurde, so dass von einer »geheimnisvollen« Einwirkung nicht die Rede sein kann. In 2 Fällen war kein Erfolg zu verzeichnen; doch beruht dies vielleicht nur darauf, dass die Kranken nicht lange genug in Behandlung waren. Für die zuverlässige Wirksamkeit der Manipulation spricht, dass mehrfach in Fällen, wo die neuralgischen Attacken etc. sich wiederholten, derselbe prompte Erfolg eintrat, bis das Leiden, allmählich schwächer werdend, schließlich ganz aufhörte;

ferner die Thatsache, dass auch bei Kindern volle Wirkung zu konstatiren war. Endlich ist zu erwähnen, dass Verf. auch in einigen Fällen von Asthma sehr gute Resultate mit derselben Behandlungsmethode erzielte.

In der Diskussion, welche obigem Vortrage in der Medico-chirurgical Society in Edinburg folgte, wurden außer Hypothesen über die Wirksamkeit der empfohlenen Methode mehrfach analoge Erfolge ähnlicher Behandlungsweisen berichtet; so z. B. gute Wirkung starker Riechmittel und des Einschnaufens von Essig bei Neuralgien des Trigeminus. **Küssner** (Halle).

24. **Schneider** (Köln). Einige Fälle von geheilter Reflexepilepsie der Nase.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 43.)

S. berichtet über 6 Fälle von Reflexepilepsie der Nase, welche er im Laufe der letzten 5 Jahre beobachtet hatte. Bei einigen Fällen trat die Epilepsie rein, d. h. ohne Komplikationen auf, in anderen war dieselbe durch Anfälle von Asthma oder mimische Gesichtskrämpfe komplicirt. Da nach Verlauf von 2 resp. 4 Jahren post oper. ein Anfall nicht wieder aufgetreten ist, darf man wohl eine dauernde Heilung annehmen. Theils handelte es sich um polypoide Hyperplasien resp. echte Schleimpolypen, theils um einfache Hyperplasien der unteren Muscheln oder um ein Angiom, durch deren Operation resp. galvanokaustische Ätzung Heilung eintrat. **Seifert** (Würzburg).

25. **R. Horsley** (Edinburgh). Cyst of the posterior extremity of the inferior turbinated body.

(Edinb. med. journ. 1890. Januar.)

Bei einer 50jährigen Dame entwickelte sich im Laufe mehrerer Monate eine echte Cyste (wohl hervorgegangen aus einer Schleimdrüse) am hinteren Ende der rechten unteren Nasenmuschel. Die Kranke hatte sehr bedeutende subjektive Beschwerden: Gefühl von Druck, Verstopftsein des betr. Nasenloches, Trockenheit im Halse, bisweilen stärkere schleimig-eitrige Sekretion, außerdem häufige ausgesprochene asthmatische Anfälle. Bei der Untersuchung des Nasen-Rachenraumes mit dem Finger kam man auf eine ziemlich weiche, elastische deutlich fluktuirende, etwa kirschengroße Geschwulst in der rechten Choane; Druck auf dieselbe war empfindlich, machte die Geschwulst platter. Bei rhinoskopischer Beleuchtung erschien die Geschwulst gleichmäßig kuglig, ganz weiß. Bei einem stärkeren Drucke mit dem Finger platzte die Geschwulst und helle zähe Flüssigkeit, mit kleinen Blutstreifchen untermischt, entleerte sich. Die subjektiven Beschwerden hörten sofort danach auf. Von der Geschwulst war nichts mehr zu sehen. Die Kranke blieb dauernd wohl; auch das Asthma war völlig verschwunden. **Küssner** (Halle).

26. **O. Brugger.** Über Tuberculosis verrucosa cutis.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 3.)

Verf. hat einen Fall dieser immerhin nicht häufigen Erkrankung in der Würzburger Klinik beobachtet. Wenn auch die bisherigen Untersuchungen über die tuberkulöse Natur der bei einer gewissen Klasse von Personen, besonders Fleischern, Kutschern, Stallmägden etc. vorkommenden Affektion keinen Zweifel ließen, so hat doch B. erst die ganze Kette der Beweisführung dadurch geschlossen, dass er einen Impfversuch mit einem frisch excidirten Stück an einem Meerschweinchen anstellte und einen positiven Ausfall erhielt. Wie gewöhnlich, so entwickelte sich auch bei diesem Pat., einem sonst ganz gesunden 22jährigen Manne seit 15—18 Jahren der Process und blieb am rechten Bein lokalisirt. Eine Verwechslung konnte mit der epitheliomartigen Form des Lupus, der Elephantiasis verrucosa, Lues und Leichenwarzen statthaben, indess kamen hierbei mehrere im Original näher nachzusehende Momente in Betracht, welche die Diagnose aus klinischen Gründen neben der anatomischen Untersuchung und dem Nachweis von Tuberkelbacillen ermöglichten. Dieser Fall ist der erste, in welchem die Erkrankung an den unteren Extremitäten ihren Sitz hatte. Verf. glaubt, dass die Infektion da-

durch zu Stande gekommen ist, dass sich Pat., welcher als Kind vielfach barfuß ging, durch Hineintreten in tuberkulöses Sputum auf dem Wege einer kleinen Hautwunde inficirte. Die Therapie ist eine rein chirurgische.

Joseph (Berlin).

27. **Hashimoto.** Fibroma molluscum.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. schildert 3 Fälle dieser Erkrankung. Die Zahl der Tumoren war bei den einzelnen Pat. sehr verschieden. Bei einem wurden 4503 Geschwülste auf den verschiedensten Stellen des Körpers, vorwiegend am Stamm lokalisirt gefunden. Die Art der Vertheilung der Fibrome schien dem Verf. die Ansicht Recklinghausen's zu stützen, dass die Entwicklung dieser Geschwülste in Beziehung zum Nervensystem stehe, bei 2 Pat. befanden sich sogar deutliche Nervenknoten in den Geschwülsten und die letzteren waren auf Druck schmerzhaft. Ein dritter wies Tumoren mit Herabsetzung des Empfindungsvermögens der Haut auf und zwar schien die Verminderung mit der Größe der Geschwulst zuzunehmen. Der Temperatursinn war so vermindert, dass über der Geschwulst, am Rücken und am linken Arm Eis und Wasser von 45° C. nicht unterschieden wurde. Auch zwischen den einzelnen Tumoren war der Temperatursinn stark vermindert. Die Schmerzempfindung war gleichfalls geringer. Die Haut der großen Tumoren war unempfindlich gegen Nadelstiche und ziemlich starkes Kneifen. Das Gleiche galt für den Drucksinn; so wurde an der größten Geschwulst ein Druck erst bei einer Belastung von 9 kg wahrgenommen. In einem der Fälle war Heredität nachweisbar.

Joseph (Berlin).

28. **R. Kobert.** Über ein neues Fiebermittel.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 2.)

K. geht von der Ansicht aus, dass stark reducirende Substanzen unter Umständen das Fieber, welches mit gesteigerten oxydativen Processen einhergeht, bekämpfen können; dass, da nach neuester Ansicht das Gemeinsame der Antipyretica eine Amidgruppe bildet, Substanzen mit einer doppelten Amidgruppe, zumal eine solche stark reducirend wirkt, besonders gute Fiebermittel sein müssten. Diese doppelte Amidgruppe, welche frei als Hydrazin existirt, wirkt in der That besonders in aromatischen Verbindungen (Phenylhydrazin, Acetylphenylhydrazin) antipyretisch, aber sie ist sehr giftig. K. untersuchte weitere Derivate, bei denen der giftige Phenylkomplex in einen ungiftigeren umgewandelt worden ist, zunächst die Orthohydrazin-paraoxybenzoesäure, kürzer Orthin, und zwar hiervon die salzsaure Verbindung.

Die Thierversuche ergaben die Ausscheidung eines stark reducirend wirkenden Harnes ohne Vergiftungserscheinungen. Bei einer Ziege wurden am 1. Versuchstage 2 g Traubenzucker im Harn nachgewiesen. Beim Durchströmenlassen von mit salzsaurem Orthin versetztem Blut durch frisch ausgeschnittene Organe ergab sich eine beträchtliche Gefäßerweiterung. Auf das Froschherz zeigte Orthin bei einer Koncentration von 1 : 10000 im Blut keine störende Wirkung.

Ein zweites Präparat, die Parahydrazinsalicylsäure, ergab ähnliche Resultate.

Leubuscher (Jena).

29. **Unverricht.** Antipyretische Versuche.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 2.)

Das von Kobert im Thierversuch als reducirend und wahrscheinlich antipyretisch wirkend erkannte Orthin, welches keine giftigen Nebenwirkungen haben sollte, wurde von U. geprüft als Fiebermittel, schmerzlinderndes Mittel und als Heilmittel bei Hautkrankheiten. Als Fiebermittel war es wirksam, aber ganz unzuverlässig. Es führte einmal zu Collapserscheinungen und zeigte eine Menge unangenehmer gastrischer und anderer Nebenerscheinungen. Die Pulsfrequenz wurde nicht immer beeinflusst. Als schmerzlinderndes Mittel war es nur bei einer Supraorbitalneuralgie von Erfolg. In 10%iger Salbe bei Psoriasis verwendet, wirkte es nicht so günstig als andere bekannte Mittel. Im Übrigen zeigte sich das Prä-

parat nach einiger Zeit vollkommen wirkungslos, obwohl es vorsichtig aufbewahrt worden war.

Somit gelangt U. zu dem Resultat, dass das Orthin wegen seiner unangenehmen Nebenwirkungen und seiner schlechten Haltbarkeit als Fieber-, Schmerz- und Hautmittel hinter den gebräuchlichen Medikamenten zurücksteht.

Leubuscher (Jena).

30. **Güntz.** Über die Gefahr von Quecksilberkuren bei Syphilis und gleichzeitigem Diabetes.

(Memorabilien 1889. December 31.)

Ein 39jähriger Mann, der $14^1/_2$ Jahre früher an Syphilis erkrankt war, verschiedene Quecksilberkuren durchgemacht und in der Zwischenzeit ein gesundes Kind gezeugt hatte, erkrankte an Diabetes. Ohne ärztliche Verordnung machte Pat. nach dem Muster einer vor Jahren gebrauchten Kur noch einmal eine Einreibungskur durch und suchte ebenfalls ohne ärztliche Verordnung ein Seebad auf, bekam dort Hämoptoe und ging schließlich an Tuberkulose zu Grunde. G. ist nun der Meinung, dass es sich hier um einen Diabetes handelte, welcher durch eine unpassende Quecksilberkur und nachfolgende Seebäder zu einem rapiden Verfall gedrängt wurde. Ob in solchen Fällen die Chromsäure in der Form eines kohlensauren Mineralwassers günstiger gewirkt haben würde, mag dahingestellt bleiben.

Seifert (Würzburg).

31. **Neusser.** Über tellursaures Kalium als Mittel gegen die Nachtschweiße der Phthisiker.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Nach Rekapitulation einiger aus älterer Zeit vorliegender Beobachtungen über die Wirkung des Tellurs auf den lebenden Organismus schildert N. seine bei Phthisikern angestellten Versuche. Dieselben ergaben, dass das Kali telluricum in einer großen Anzahl von Fällen die Nachtschweiße der Phthisiker unterdrückt oder wenigstens erheblich herabsetzt. Das Salz wurde in Pillenform verabreicht und zwar anfänglich in Einzeldosen von 0,02 g pro Pille. In der großen Mehrzahl der Fälle (etwa 50) genügte diese Dosis, um den gewünschten Erfolg zu erzielen. Bei einer geringen Anzahl von Kranken jedoch schien durchschnittlich nach Ablauf einer Woche eine Gewöhnung an das Medikament einzutreten. In solchen Fällen wurde die Dosis auf das Doppelte meist mit günstigem Resultate gesteigert.

In einzelnen Fällen wurde Hebung des Appetits, bisweilen auch eine leicht narkotische Wirkung beobachtet. Toxische Erscheinungen wurden bei den kleinen Dosen niemals, bei größeren nach längerer Zeit in Gestalt von Aufstoßen und Appetitverlust bemerkt. Die einzige unangenehme Nebenerscheinung ist der vom Beginn der Medikation an auftretende intensive Knoblauchgeruch des Athems.

Die Versuche N.'s bezogen sich bisher nur auf Phthisiker und zwar zumeist auf schwere Fälle im kavernösen Stadium. Eine günstige Beeinflussung des Grundprocesses durch das Tellur ließ sich bei diesen nicht konstatiren.

N. fordert schließlich die Kollegen zu Versuchen mit dem Mittel auf.

M. Cohn (Berlin).

32. **W. C. Kloman.** Poisoning by illuminating gas.

(New York med. journ. 1889. Oktober 26.)

Eine 17jährige Negerin hatte aus Unkenntnis den Gashahn in ihrem Schlafraum nicht vollständig zugedreht gehabt und wurde 7 Stunden später bewusstlos in ihrem Bett gefunden. Sie wurde in tiefem Koma sofort an die frische Luft gebracht. Bei der Behandlung, welche K. einleitete, schreibt er den hauptsächlichsten Effekt der subkutanen Injektion von etwa 1,5 mg Nitroglycerin zu, denn schon nach zwei Minuten wurde der vorher unfühlbare Puls an der Art. radialis wieder fühlbar und die Respirationsbewegungen belebten sich. Nach weiteren 15 Minuten kehrte allmählich das Bewusstsein wieder und nach 3 Stunden ging Pat. wieder umher und hatte sich bis auf geringe Kopfschmerzen wieder völlig erholt. Die Anregung der Cirkulation und Respiration durch das Nitroglycerin

hat im Verein mit dem Aufenthalt in der frischen Luft sehr wahrscheinlich eine raschere Dissociation des Kohlenoxydhämoglobins ermöglicht und damit die auffallend schnelle Erholung herbeigeführt, welche bei der daniederliegenden verlangsamten Cirkulation an und für sich unmöglich gewesen wäre.

H. Dreser (Tübingen).

Bücher-Anzeigen.

33. **O. Schellong** (Königsberg). Die Malariakrankheiten unter specieller Berücksichtigung tropenklimatischer Gesichtspunkte.

Berlin, **J. Springer,** 1890. 166 S. Mit Abbildungen u. lithograph. Tafeln.

S. hat während eines 2jährigen Aufenthaltes in Kaiser-Wilhelmsland (Nordküste von Neu-Guinea) reichliche Gelegenheit gehabt, die dort vorkommende Malaria zu studiren und hat bereits mehrfach kleinere Mittheilungen darüber gebracht; vorliegendes Buch enthält seine Erfahrungen zusammengefasst und in etwas breiter Darstellung; wir bringen davon nur das Wichtigste zur Kenntnis der Leser.

S. war 1886—1888 in der Station Finschhafen thätig, wo die Malaria erschreckend häufig auftrat. Die Küste der Insel Neuguinea und der nahe bei Finschhafen gelegenen kleinen Insel Madang, welche vorwiegend von Europäern besiedelt war, besteht zum größten Theile aus Korallenkalk. Das Festland liegt bloß einige Meter höher als Madang, ist aber für Winde nur in geringem Grade bestreichbar, da fast allseitig Urwald und dichtes Bambusgestrüpp es begrenzen. Die Humusschicht beträgt nur 4—10 cm, lässt Niederschläge rasch durch und trocknet schnell hart und rissig ein. Die Wohnungen der Eingeborenen sind in der Nähe des Meeres und mit Vorliebe in Flussmündungen angelegt. Nur in der nächsten Umgebung der Wohnplätze wird der Boden gesäubert. Die Häuser stehen theils auf ebener Erde, theils auf $1\frac{1}{2}$—2 m hohen Pfählen. Als Trinkwasser dient vorzugsweise das Wasser aus kleinen Korallenbächen. Malaria-Erkrankungen sind den Eingeborenen sehr wohl bekannt, aber sie wissen nichts über deren Entstehung und über fieberwidrige Mittel.

Die Beobachtungen des Verf. beziehen sich auf Angehörige der verschiedensten Rassen: Europäer, Malayen, Melanesier, Chinesen. Durchgreifende Unterschiede nach der klinischen Seite hin waren bei denselben nicht zu konstatiren.

Dass, wie schon oben bemerkt, die Malaria-Erkrankungen in Finschhafen so außerordentlich häufig waren, liegt zum Theil wohl an dem Zusammentreffen verschiedener Bedingungen, die sich bei fortschreitender Kolonisation wenigstens beschränken lassen dürften; namentlich sind ungenügende Wohnungsverhältnisse und mangelhafte Ernährung zu nennen. Es erkrankten 1886—1888 von den in Finschhafen befindlichen Europäern 99%! Dies liefert eine neue Bestätigung für die Erfahrung, dass die Acclimatisationsfähigkeit des Europäers für die Tropen fast zusammenfällt mit der Frage nach der Accommodationsmöglichkeit desselben für die Malaria und dass in letzterer eines der allerbedeutendsten Hindernisse für Kolonisation liegt.

Wie günstig die Infektionsbedingungen in Finschhafen sein mussten, zeigt Verf. an einzelnen Beispielen von Pat., die schon lange Zeit in anderen Malariagegenden gelebt hatten, ohne zu erkranken und nun in Finschhafen Malaria bekamen. Nahezu die Hälfte aller Bewohner war in jedem Monate fieberkrank Der Chininverbrauch betrug durchschnittlich 23 g pro Kopf im Jahre, 30 g pro Kopf des Europäers.

Was die prävalirende Form der Malaria in Kaiser-Wilhelmsland betrifft, so war dieselbe die quotidiane; tertiane und quartane Fieber waren Seltenheiten. In Bezug auf die Symptomatologie verdient Folgendes bemerkt zu werden:

Der Kranke wird mitunter ganz plötzlich von dem akuten Fieberanfall überrascht; viel häufiger aber hat er schon Tage zuvor oder doch wenigstens an dem Tage, wo der Fieberanfall eintritt, ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Schüttelfröste sind nicht häufig; im Ganzen sind sie ein prognostisch günstiges Symptom,

obwohl sie nicht ohne Weiteres eine leichte Infektion andeuten. Atypische Fieber sind oft nach der negativen Seite hin gekennzeichnet durch Fehlen des Milztumors und des Schüttelfrostes. Die Malaria biliosa haemoglobinurica ist stets eine ernste, das Leben in hohem Maße gefährdende Krankheit. Die Leute, welche Verf. daran erkranken sah, hatten immer eine große Reihe typischer Malariafieber hinter sich; mehrere hatten ungenügend Chinin gebraucht. Bei der »Malaria comatosa«, welche Verf. speciell beobachtet und beschrieben hat, war Temperaturerhöhung inkonstant, eben so Milzschwellung; die Hauptsymptome waren schwere Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems, besonders Benommenheit. Chinin in wiederholten Dosen von 1,5 g zeigte sich wirkungslos. Bei den »latenten« Malariainfektionen, zu welchen Verf. die Anämie und Kachexie rechnet, ist Milztumor konstant vorhanden und begründet die eigentliche Diagnose der Malaria. Heilung ist in diesen Fällen nur zu erwarten, wenn die Kranken die Malariagegend verlassen. Dysenterie als Begleitsymptom der Malaria hat Verf. nur ganz vereinzelt gesehen.

Milztumor ist diagnostisch und prognostisch von der größten Wichtigkeit; im Allgemeinen läuft er übrigens mehr der Anämie als dem Fieber parallel. In unverkennbarer Weise wird der Milztumor beeinflusst durch Chiningebrauch, so dass Verf. geneigt ist, das Vorherrschen der größeren Milztumoren bei den farbigen Klassen dem geringeren Verbrauch von Chinin gegenüber demjenigen bei den Europäern zuzuschreiben. Frische Tumoren sind fast stets empfindlich, ältere gar nicht. Ascites und Hydrops stehen in keinem direkten Zusammenhange mit Milztumor.

Die Häufigkeit und bedeutende Größe der Milztumoren bei den Eingeborenen hat vielleicht nicht bloß medicinisches, sondern auch hygienisch-kolonisatorisches Interesse. Möglicherweise könnte man durch Untersuchung der Milz bei einer großen Zahl Eingeborener ein Urtheil über die Besiedelungsfähigkeit eines Landes bekommen.

Für die Ätiologie der Malaria schreibt Verf. der Wohnung eine ganz besondere Bedeutung zu; enge, unsaubere Wohnungen mit Schimmelpilzen befördern die Infektion, geräumige und überhaupt den Anforderungen der Hygiene möglichst entsprechende Wohnungen schließen die Möglichkeit der Infektion nicht aus, verringern sie aber beträchtlich.

Leider hat Verf. keine mikroskopischen Untersuchungen über die Malariamikroben angestellt.

In Bezug auf allgemeines und diätetisches Verhalten tritt Verf. der Ansicht entgegen, dass etwa Fleischkost an sich schädlich sei; sie muss im Gegentheil die eigentliche Basis der Ernährung bilden. Dass manche eingeborene Stämme vorwiegend Vegetarier sind, hat seinen sehr einfachen Grund; sie haben eben für gewöhnlich kein Fleisch, kennen eben keine größere Delikatesse. In analoger Weise sagt Heinemann nach seiner langjährigen Erfahrung in Mexiko: »Nirgends kann der europäische Vegetarianer größeres Fiasko machen als in Tropenländern; Fleisch muss hier für den Europäer unbedingt den Hauptbestandtheil der Nahrung ausmachen.« Auch Alcoholica sind durchaus nicht principiell zu vermeiden. Noch mehr als dem Gesunden sind dem Malariakranken kleine Dosen Wein und Bier nöthig und nützlich. Excesse sind selbstverständlich zu meiden, und Potatoren sind in höherem Grade als mäßige Leute durch Malaria gefährdet.

Regelmäßige, fleißige Beschäftigung ist auch für die Tropen goldene Lebensregel; Überanstrengungen sind zu meiden.

Rücksichtlich der medikamentösen Therapie und Prophylaxe schließt Verf. sich im Allgemeinen den herrschenden Ansichten an. **Küssner** (Halle).

Berichtigung. In No. 36 d. Bl. p. 653 Z. 8 v. u. lies: »1,0« statt: 10,0.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 38. **Sonnabend, den 20. September.** 1890.

Inhalt: 1. **Garel,** 2. **Semon** und **Horsley,** 3. **Garel** und **Dor,** 4. **Rossbach,** Lokalisation des corticalen Stimmcentrums. — 5. **Massart** und **Bordet,** Reizbarkeit und Chemotaxis der Leukocyten. — 6. **Riegel,** Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens. — 7. **Liebermeister,** Pleuritis. — 8. **Cyr,** Diagnose der Gallensteine. — 9. **Weiss,** Weil'sche Krankheit.

10. **Minor,** Schnellhärtung des Rückenmarks. — 11. **Obolensky,** Nervus vagus und Angina pectoris. — 12. **Eulenburg,** Subakute amyotrophische Spinallähmung. — 13. **Perregaux,** Engelskjön'sche Methode. — 14. **Rosenbaum,** Subkutane Injektion von Silbersalzen bei Tabes. — 15. **Cadéac** und **Meunier,** Muskatnussöl. — 16. **Jukna,** Condurangin. — 17. **Heinz,** Phenylhydrazinderivate. — 18. **Kisch,** Diät bei Marienbader Entfettungskur. — 19. **Mosler,** Seeluft und Soolbad. — 20. **Szadek,** 21. Derselbe, Intramuskuläre Injektionen von Quecksilbersalicylat und von Hydrarg. thymolo-aceticum bei Syphilis. — 22. **Bitter,** Gasolinvergiftung.

Bücher-Anzeigen: 23. **Leloir** und **Vidal,** Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. In deutscher Bearbeitung von Dr. Ed. Schiff. — 24. **Denhardt,** Das Stottern, eine Psychose.

1. **J. Garel.** Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent.

(Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1890. No. 4.)

2. **F. Semon** et **V. Horsley** (London). Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intra-cérébral des fibres qui en émanent.

(Ibid. No. 5.)

3. **Garel** et **Dor.** A propos du centre cortical moteur du larynx. (Réponse à Semon et Horsley.)

(Ibid.)

4. **M. J. Rossbach.** Beitrag zur Lokalisation des corticalen Stimmcentrums beim Menschen.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. Hft. 2.)

G. hat bereits früher (1886) eine Beobachtung über einseitige Stimmbandlähmung bei corticaler Hirnerkrankung gemacht. Es han-

delte sich damals um totale rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie und komplete Lähmung des linken Simmbandes (Kadaverstellung). Die Sektion ergab: Atheromatose der Hirnarterien, in der linken Hemisphäre: reitendes Gerinnsel in der Art. foss. Sylvii, mehrere Erweichungsherde in der vorderen und hinteren Centralwindung (frontale ascendante et pariétale ascendante); in der rechten Hemisphäre: ein Herd im unteren Theil der vorderen Centralwindung und zwei kleinere Herde im hinteren Theil der 3. (unteren) Stirnwindung. Das übrige Gehirn, Halsnerven etc. unversehrt. Außer diesem in seiner Beweisfähigkeit von verschiedener Seite angegriffenen Fall hat G. neuerdings folgenden Fall beobachtet:

Ein 35jähriger Arbeiter, der 1874 einen akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hat, erleidet im December 1888 eine Fingerverletzung, die eine schwere Phlegmone nach sich zieht, mit langwieriger verschleppter Eiterung. Im Oktober 1889 Schüttelfrost, Husten, Hospitalaufnahme. Dort unregelmäßiges Fieber, pneumonische Herde, peri- und endocardiale Geräusche, Albuminurie, Ödeme; am 11. Oktober wegen rauher Stimme laryngoskopirt, es zeigt sich Lähmung des linken Stimmbandes (Kadaverstellung), Stimmbandrand konkav, sonst Alles im Kehlkopf normal; die rauhe Stimme soll plötzlich in der Nacht vom 6.—7. Oktober entstanden sein; keinerlei sonstige motorische oder sensible Lähmung, Augenhintergrund normal, am 14. Oktober Tod. Die Sektion ergiebt: Pericarditis, Endocarditis ulcerosa, Infarkte in den Lungen und Nieren, amyloide Degeneration; Halsorgane vollkommen frei, beide Stimmbänder von gleichen Dimensionen, keine Gelenkankylose (Muskeln?), beide N. recurrentes auch nach mikroskopischer Untersuchung normal. Nun Gehirn: Bulbus, 4. Ventrikel normal, Hirnrinde beiderseits unversehrt, Hirnsubstanz der linken Hemisphäre frei, dagegen findet sich in der rechten Hemisphäre ein erbsengroßer, nach unten sich zuspitzender rother Erweichungsherd in der oberen inneren Partie des Linsenkernes und auf die äußere Partie der inneren Kapsel übergreifend. Ein senkrechter Schnitt in der Höhe des Fußes der 3. (oberen) Stirnwindung, fast mitten durch die Rolandi'sche Furche, zeigt den Sitz des Herdes. Nach hinten reicht der Herd (auf einem Horizontalschnitt) bis an das Knie der inneren Kapsel.

G. hält es auf Grund dieser Beobachtung für wahrscheinlich, dass im Knie der inneren Kapsel neben und mit den dort nach Raymond und Artaud befindlichem Faisceau de l'aphasie und Faisceau de l'hypoglosse ein gesondertes motorisches Kehlkopfbündel verläuft, welches im vorliegenden Falle getroffen war und eine reine laryngeale Hemiplegie der entgegengesetzten Seite hervorrief.

Gegenüber den entgegenstehenden experimentellen Befunden von Semon und Horsley beruft sich G. auf die Resultate von Masini, welcher durch Rindenreizung eine einseitige Bewegung des entgegengesetzten Stimmbandes erzielte. Übrigens sei nicht das Experiment, sondern die klinisch-anatomische Beobachtung das Maßgebende.

G. resumirt zum Schluss:

1) Es giebt ein corticales motorisches Larynxcentrum auf jeder Hemisphäre.

2) Dasselbe sitzt am Fuß der 3. (unteren) Stirnwindung nahe der vorderen Centralwindung (frontale ascendante).

3) Die Fasern dieses Rindencentrums passiren den äußeren Theil des Knies der inneren Kapsel.

4) Das corticale Larynxcentrum steht mit dem gekreuzten Stimm-

bande in Verbindung. Zerstörung des Centrums erzeugt totale Lähmung des entgegengesetzten Stimmbandes. —

Gegenüber dem im Vorhergehenden berichteten Fall erheben S. und H. im Wesentlichen folgende Einwendungen: 1) bei der Autopsie ist die Medulla oblong. nicht mikroskopisch untersucht worden, es ist also nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, dass die Lähmung bulbären Ursprungs war; 2) nach der Angabe von G. und D. war die Lähmung des Stimmbandes eine totale, es stand unbeweglich in Kadaverstellung. Eine corticale Lähmung kann aber nur die willkürliche Bewegung aufheben, während reflektorische und automatische Bewegungen unverändert fortbestehen. Wäre die Stimmbandlähmung eine corticale gewesen, so hätte das Stimmband — wie bei der sog. hysterischen Lähmung — sowohl die automatische Auswärtsbewegung bei tiefer Inspiration als die reflektorische Adduktionsbewegung beim Husten zeigen müssen. —

G. und D. erwiedern: ad 1) Trotz der makroskopischen Intaktheit der Med. oblongata mikroskopische Veränderungen zu vermuthen, ist um so mehr ausgeschlossen, als es sich um eine akute frische Läsion gehandelt hat; ad 2) sie haben die Thatsache der Lähmung mitgetheilt, so wie sie sie gefunden haben, aber es lag nicht in ihrer Absicht, Studien über die Beziehung der willkürlichen zu den unwillkürlichen Bewegungen des Kehlkopfs zu machen. —

In dem von R. berichteten Falle handelt es sich um eine 56jährige Frau, welche in der Jugend verschiedene akute Krankheiten, auch Blattern durchgemacht hat, später jahrelang Kopfschmerzen, vor 10 Jahren Anfall von Bewusstlosigkeit ohne weitere Folgen, vor 4 Jahren Brausen im Kopf, linker Gesichtshälfte und im Ohr, seit Weihnachten 1886 andauernde Schmerzen im linken Arm und Bein, seit 5 Wochen allmählich fortschreitende Lähmung beider Arme und Beine, Anschwellung der Handrücken. Bei der Hospitalaufnahme (12. Oktober 1887) zeigt sich: ziemlich vollständige Lähmung beider Arme und Beine — der rechte Arm und das linke Bein sind weniger betroffen — mit Beugekontraktion, Lähmung des linken Facialis, der linken Zungenhälfte mit Atrophie und fibrillären Zuckungen, Schluckbeschwerden, langsames erschwertes Sprechen, totale Lähmung des linken Stimmbandes (Kadaverstellung), Nackensteifigkeit, erhöhte Patellarreflexe, Incontinentia urinae, ziemlich vollkommene sensible Lähmung der Arme, Beine und des Rumpfes, Temperatur normal, Puls und Respiration etwas beschleunigt. Faradische und galvanische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist erhalten, Ödem an der rechten und linken Hand. Der Zustand der Kranken verschlimmerte sich rasch, es tritt Decubitus und totale Blasenlähmung ein, die Anästhesie wird vollkommen, Pulsbeschleunigung, Bronchopneumonie, Tod am 2. November 1887. Die Diagnose lautete im Wesentlichen: alte encephalitische (durch Embolie) Narbe im rechten Gehirn und Myelitis cervico-dorsalis.

Die Sektion ergab: im Rückenmark in der Höhe des 5.—7. Cervikalnerven eine bohnengroße, röthlich graue, dem linken Vorderseitenstrang anliegende Geschwulst, Erweichung des entsprechenden Rückenmarkstheiles und Abflachung der unteren Cervikalwurzeln; im Gehirn Schrumpfung und gelbe Verfärbung der rechten Insel, auf das Operculum, so wie auf die Umbeugestelle beider Centralwindungen und den untersten Theil des unteren Parietalläppchens übergreifend, in der linken Hemisphäre Erweiterung des Seitenventrikels, umschriebene Verwachsung der Decke des Seitenhorns mit dem Nucl. caudatus. Beide Stimmbänder und deren Muskeln, so wie beide N. vagi zeigen weder makro- noch mikroskopisch eine Veränderung.

R. deutet den Krankheitsfall folgendermaßen: Die Lähmung der Arme und Beine erklärt sich durch den Tumor am Rückenmark, die Lähmung des Hypoglossus ist abzuleiten von einer auch mikroskopisch nachgewiesenen Degeneration des Hypoglossuskerns in der Med. oblong. Die linke Facialislähmung ist abhängig von der Affektion der Hirnrinde. Eben so ist die Stimmbandlähmung corticalen Ursprunges. Von den 4 erkrankten Stellen: 1) Insel, 2) oberer Theil des Operculum, 3) Umschlagestelle beider Centralwindungen, 4) untersuchte Partie des 2. Parietalläppchens kämen nach R. hauptsächlich die 1. und 4. in Betracht und zwar

sei seiner Meinung nach die Insel »der Sitz der willkürlichen Stimmbandbewegung« der entgegengesetzten Seite. (Es ist aus dem Texte nicht mit Sicherheit zu ersehen, ob eine direkte Untersuchung des Facialis- und Vagoaccessoriuskernes in der Rautengrube stattgefunden und ein negatives Ergebnis geliefert hat. Ref.)

Kayser (Breslau).

---

5. **J. Massart** et **Ch. Bordet.** Recherches sur l'irritabilité des leucocytes et sur l'intervention de cette irritabilité dans la nutrition des cellules et dans l'inflammation.

(Extrait du journ. publ. par la soc. roy. des sciences méd. et natur. de Bruxelles 1890. Februar 3.)

Verff. untersuchten zunächst die »taktile Reizbarkeit« (sensibilité tactile) der Leukocyten, d. i. die Fähigkeit der Lokomotion derselben auf festen Unterlagen, und kamen dabei zu Resultaten, die im Wesentlichen mit den über diesen Gegenstand von Leodowsky u. A. ermittelten Thatsachen übereinstimmen. Außer dieser taktilen Reizbarkeit unterscheiden die Verff. noch eine chemische, die mit der in Deutschland durch die bekannten Untersuchungen Leber's bekannten chemotaktischen Wirkung gewisser Substanzen auf die Leukocyten zusammenfällt. Diese chemotaktische Wirkung glauben die Verff. in folgender Weise direkt nachweisen zu können: Sie füllen feine auf einer Seite zugeschmolzene Glaskapillaren mit Kulturen verschiedener Bakterien und zwar Staphylococcus pyogenes albus, Bacillus cholerae gallinarum, Bacillus typhi abdominalis, Bacillus anthracis und bringen dieselben in die Bauchhöhle vom Frosch; nach 24 Stunden ist die Kapillare mit Leukocyten angefüllt. Da mit der Kulturflüssigkeit gefüllte, sonst aber nicht beschickte Kapillaren nach 24 Stunden keine Leukocyten enthielten, so halten die Verff. die Einwanderung der Leukocyten in die mit Bakterien beschickten Kapillaren für eine chemotaktische Wirkung der Stoffwechselprodukte der Bakterien auf die Leukocyten. Verff. geben aber selbst an, dass die in den Kapillaren enthaltenen Substanzen allmählich in die Bauchhöhle diffundiren. Es ist nun sehr wahrscheinlich, dass die mit Bakterien beschickte Kulturflüssigkeit im Abdomen des Frosches entzündungserregend wirkt, zu einer massenhaften Ansammlung von Leukocyten daselbst und sekundärer Einwanderung in die Kapillaren Veranlassung giebt, während die Kulturflüssigkeit ohne Bakterien nicht entzündungserregend wirkt, die Einwanderung von Leukocyten daher nur viel langsamer zu Stande kommt. Darüber finden sich jedoch im Original keinerlei Angaben. Die chemotaktische Wirkung auf die Leukocyten erscheint mithin direkt durch die genannten Versuche nicht einwurfsfrei erwiesen. Auch die Stoffwechselprodukte verletzter Zellen sollen nach den Verff. chemotaktische Wirkung ausüben, und die traumatischen Entzündungen sollen durch eine solche Wirkung zu Stande kommen. Auch die Oxydationsprodukte der Eiweißkörper (Leucin, Kreatin, Kreatinin, Allantoin) wurden auf chemotaktische Wirkung geprüft, aber nur

beim Leucin ein Erfolg konstatirt. Die chemotaktische Wirkung kann durch Anästhesirung des Frosches mit Chloral, Chinin, Cocain etc. nicht beeinflusst werden, wohl aber gelingt es, dieselbe durch Einsetzen des Frosches in Chloroformwasser und Paraldehyd zu beseitigen.

Verff. nehmen auch beim Entzündungsprocesse eine chemotaktische Wirkung auf die Leukocyten an. Es wird aber nicht das Zuströmen der Leukocyten zum entzündeten Theile als eine Wirkung der Chemotaxis aufgefasst, auch der Process der Auswanderung nicht, sondern es wird nur die Vertheilung der Leukocyten im entzündeten Gewebe auf dieses Moment zurückgeführt. Die Verff. führen auch die Gewebsneubildung und die Phagocytose bei der Entzündung theilweise auf chemotaktische Momente zurück. Das Ausbleiben der Auswanderung der Leukocyten am herausgezogenen Mesenterium eines mit Paraldehyd anästhesirten Frosches sehen die Verff. als einen Beweis für die Richtigkeit ihrer Anschauung an.

Löwit (Innsbruck).

---

6. **Riegel.** Über Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. p. 221.)

In der vorliegenden interessanten Arbeit lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf ein bisher im Ganzen weniger beachtetes Phänomen, auf die Bradykardie, die unter der Norm stehende Zahl der Herzkontraktionen. Er theilt sie zweckmäßig in zwei Gruppen und zwar in die unter physiologischen und die unter pathologischen Verhältnissen auftretende Bradykardie. In die erste Gruppe rechnet R. alle diejenigen Fälle, in denen die Bradykardie mit irgend einem physiologischen Akt in Verbindung steht und durch diesen veranlasst wird. Hierhin gehört die Bradykardie im Puerperium, im Hungerzustande, die als individuelle Eigenthümlichkeit auftretende Verlangsamung.

In der zweiten Gruppe werden aufgeführt: Die Bradykardie in der Rekonvalescenz akut febriler Krankheiten, wo dieses Phänomen unzweifelhaft am häufigsten vorkommt. Es folgen dann in der Häufigkeitsskala die Krankheiten der Verdauungsorgane, denen sich alsdann die Erkrankungen der Kreislaufs- und Athmungsorgane, so wie die des Nervensystems anschließen.

Während nach akuten fieberhaften Krankheiten, wie im Puerperium, die Bradykardie ein gewissermaßen den normalen Verlauf kennzeichnendes Phänomen repräsentirt, bildet sie ein schwerwiegendes, oft ominöses Symptom z. B. im Verlauf von Gehirn- und Herzkrankheiten. Nach ihrer Entstehungsweise ist sie bald ein Reflexphänomen, bald ein direktes cerebrales Herdsymptom. Bald liegt ihre Ursache in einer verminderten Erregbarkeit oder Lähmung der Herzganglien, bald der der accelerirenden Nerven oder des vasomotorischen Systems, bald in einer centralen oder der peripheren direkten oder reflektorischen Reizung des Vagus; oder aber sie hat

ihren Grund in einer Degeneration des Herzmuskels, oder in Störungen des Coronararterienkreislaufes. **Peiper** (Greifswald).

---

7. Liebermeister. Über Pleuritis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 10.)

Wie im vorigen Jahre die Lungenentzündungen und Tuberkulose, wählt L. diesmal die Pleuritis zum Gegenstand einer klinischen Besprechung, welche für den Leser um so werthvoller ist, als sie nicht nur unseren heutigen Stand in der theoretischen und praktischen Beurtheilung dieser Erkrankung in gedrängter didaktischer Form zur Darstellung bringt, sondern auch den Stempel der eigenen Auffassung des Klinikers fast durchweg trägt. Es sei dem Ref. gestattet, aus dem reichhaltigen Aufsatze nur einzelne Punkte herauszugreifen, zur Würdigung des Ganzen sei auf das Original verwiesen. Bei der Ätiologie theilt L. nicht die besonders in neuerer Zeit verbreitete Ansicht, dass jede nicht durch andere augenfällige Ursachen entstandene Pleuritis, das Produkt einer Tuberkulose ist, wenn sie auch in vielen Fällen das erste Symptom einer solchen darstellen kann. Der Erkältung schreibt er in den sogenannten spontanen Fällen eine nur accidentelle Rolle zu, sie reicht zwar nicht aus, eine Brustfellentzündung hervorzurufen, giebt aber zu Veränderungen der Pleura Anlass, welche schon vorher vorhandenen oder gleichzeitig eingedrungenen Entzündungserregern einen Angriffspunkt bieten, ähnlich wie bei der Pleuritis nach nicht perforirenden Traumen der Brustwand. — Bei der Symptomatologie der einzelnen Formen ist hervorzuheben, dass bei der trockenen Pleuritis, die übrigens klinisch oft angenommen werden muss, wenn auch thatsächlich ein geringes, wohl unter $^1/_4$ Liter betragendes Exsudat vorhanden, oft der Schmerz und eine begrenzte Druckempfindlichkeit der betroffenen Interkostalräume das einzige Symptom ist. Bei der akuten exsudativen Entzündung hält er die Beweglichkeit des Exsudats für eine seltenere Erscheinung, weil durch die fibrinösen Auflagerungen meist schon früh Verklebungen der Pleurablätter zu Stande kommen, die einen Ortswechsel der Flüssigkeit verhindern. Nur bei frischen und wenig fibrinreichen Exsudaten soll die Erscheinung häufiger sein. Bei den physikalischen Symptomen sei erwähnt, dass die Möglichkeit eines Wintrich'schen Schallwechsels im tympanitischen Schallgebiet der komprimirten Lunge zugegeben wird. Die Behauptung, dass Absackungen des Exsudats an jeder beliebigen Thoraxstelle vorkommen können, wird nur für Ausnahmefälle zugegeben, für die L. ein Beispiel aus eigener Erfahrung beibringt, wobei nach der Punktion trotz der Entleerung der hinteren Brustabschnitte nach vorn ein Dämpfungsbezirk übrig blieb, aus dem die Flüssigkeit erst durch Aspiration entfernt werden musste. Bei der Auskultation weist L. der Möglichkeit bronchialer Phänomene ein größeres Feld als die meisten Autoren zu. — Das flüssige Exsudat leitet den Schall immer gut genug, um

alle nicht zu schwachen Geräusche auf die Thoraxwand fortzupflanzen. Es kommt nur darauf an, ob eine Fläche von genügender Ausdehnung vorhanden ist, um den Schall aus der Luft der Trachea und Bronchien fortzunehmen und ihn der komprimirten Lunge und damit dem Exsudat mitzutheilen. Die Phänomene werden daher um so lauter hörbar sein, je mehr Bronchialreste noch offen sind. Bei der Diagnose gestattet L. die Probepunktion aus diagnostischer Neugier nicht, sondern nur, wenn für den Fall positiven Ergebnisses die Entleerung ohnehin geboten war. Bei der Beurtheilung des Verlaufs verdient der Umstand besondere Aufmerksamkeit, dass eine Abnahme der Dämpfungsgrenze sehr oft durch ein zunehmendes Nachgeben der angrenzenden Abdominalorgane gegen das Exsudat vorgetäuscht werden kann. Die Gefahren, welche ein zu langes Bestehen für die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge hat, werden nachdrücklich hervorgehoben, wenn auch ein allmähliches Verschwinden jener Folgeerscheinungen in einigen Fällen möglich ist. — Die chronische Pleuritis verläuft oft hinsichtlich der subjektiven Erscheinungen symptomlos und kann bisweilen übersehen werden. Differentialdiagnostisch lässt sie sich oft schwer vom Hydrothorax unterscheiden, bei letzterem ist die Beweglichkeit leichter nachweisbar. — Vom Empyem sei hervorgehoben, dass es von vorn herein außer bei Pyämie und Puerperalfieber, auch bei Variola, Scarlatina und sehr häufig bei Pneumonie auftritt. Von den natürlichen Ausgängen der eitrigen Pleuritis ist die Perforation nach innen, in einen Bronchus, der denkbar beste Fall; zu wiederholten Malen hat L. danach Heilung gesehen. In der Behandlung interessirt natürlich am meisten die Stellung zur Punktionsfrage. Hier steht L. auf dem heute wohl von den meisten Klinikern eingenommenen Standpunkt, dass die Resorption nicht abgewartet werden darf, wenn auch mit gewissen Einschränkungen. So empfiehlt er die Paracentese nicht, so lange das Exsudat noch im Steigen ist und einigermaßen noch Fieber besteht, hier würde sie nur vorübergehend helfen; allerdings muss man dabei die Abnahme der Ausdehnungsfähigkeit der Lunge berücksichtigen und keinesfalls über 4—6 Wochen warten. Wie lange zu warten ist, lehrt der einzelne Fall, jedenfalls ist eine zu frühzeitige Vornahme der Punktion weniger nachtheilig, als ein zu langes Hinausschieben. Der Eintritt von Luft in die Pleurahöhle ist unbedingt schädlich; wenn chirurgischerseits der Pneumothorax bei der Paracentese als völlig harmlos dargestellt wird, so liegt dies daran, dass die Chirurgen es gewöhnlich mit alten Empyemen bei verdickter unempfindlicher Pleura zu thun haben, während bei der serösen Entzündung die Pleura sehr reaktiv ist. Die Radikaloperation der Empyeme, welche immer einen offenen Pneumothorax setzt, entspricht keineswegs dem Ideal. Für einzelne Fälle von Empyemen genügt die einfache Punktion, eine Durchspülung mit antiseptischer Lösung ist dabei ohne besonderen Werth. Die neueren Bühlau'schen und Storch'schen Methoden der Empyemoperation zur Vermeidung des Pneumothorax

sind für viele Fälle sehr zweckdienlich. — Zur Beförderung der Resorption durch innere Mittel sind am ehesten Drastica anzurathen. Von den Durstkuren hat L. keinen Erfolg gesehen. Ist das Fieber zu hoch, so müssen durch Antipyretica oder kalte Bäder ausreichende Remissionen geschaffen werden, dessgleichen ist die Anwendung von Antipyreticis zweckmäßig, wenn das Fieber chronisch geworden ist (acid. salicyl. 2,0—3,0 pro die in Saturation). Die Kranken sollen möglichst lange im Bett bleiben, auch bei chronischer Form, so lange noch Temperatursteigerung besteht. Auch nach der Resorption und ev. Punktion sind alle körperlichen Anstrengungen zu vermeiden und namentlich ist vor jeder Art von »Lungengymnastik« zu warnen. **Honigmann** (Gießen).

---

8. **Cyr.** Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie.

(Arch. génér. de méd. 1890. Februar.)

In der vorliegenden Arbeit weist Verf. auf die Schwierigkeiten hin, welche die Diagnose der Gallensteine durch Abnormitäten im klinischen Verlaufe der Erkrankung bieten kann. Er erörtert zunächst die Fälle, bei denen es zu eigentlichen Krisen niemals kommt, sondern nur ein andauernder Schmerz im rechten Hypochondrium, der in den ganzen Unterleib ausstrahlt, auf den Sitz der Affektion hinweist. Auch der Sitz des Schmerzes ist oft von dem gewöhnlichen abweichend. Vielfach werden die Schmerzen in der Magengegend lokalisirt; Rückenschmerzen, Schmerzen in der Mamma führen oft Irrthümer herbei. Die ersten Anzeichen der Krankheit bieten bisweilen das Bild einer Vergiftung, eines hysterischen oder eklamptischen Anfalles, zuweilen auch einer Choleraattacke dar. Schließlich erörtert Verf. die Verschiedenheiten in der Periodicität der Anfälle, den Verlauf derselben mit und ohne Fieber und die Beobachtung schwerer Allgemeinerscheinungen. **M. Cohn** (Berlin).

---

9. **Weiss.** Zur Kenntnis und zur Geschichte der sogenannten Weil'schen Krankheit.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 11—15.)

W. präcisirt zunächst den Begriff der Weil'schen Krankheit, unter welcher er verstanden wissen will eine ohne bestimmte nachweisbare Ätiologie plötzlich aufgetretene, akut fieberhafte, mit Ikterus, Schwellung der Leber und Milz, nephritischen und schweren nervösen Symptomen einhergehende, kurz andauernde und günstig verlaufende Erkrankung. Er unterwirft sodann die bisher veröffentlichten Beobachtungen einer Kritik und sieht sich gezwungen, manche der mitgetheilten Fälle als nicht völlig zutreffend auszuscheiden.

Sodann berichtet W. über einige von ihm letzthin behandelte Fälle der gedachten Erkrankung und über eine große Reihe von Kranken, die er während einer kleinen Epidemie im Jahre 1866

beobachtet und über welche er bereits lange vor der Weil'schen Veröffentlichung berichtet hat, in denen er sie als Fälle von »infektiösem Ikterus« bezeichnete. Auch französische Autoren (Landouzy, Mathieu) haben noch vor Weil auf die Kombination von Ikterus mit nervösen Erscheinungen, Milztumor und Albuminurie hingewiesen. W. meint also, dass diese Krankheit nicht als neue Weil'sche zu bezeichnen sei, obwohl diesem Autor das Verdienst gebührt, in Deutschland der Erste gewesen zu sein, welcher den Symptomenkomplex dieser merkwürdigen Krankheitsform eingehend geschildert und zu weiteren Forschungen Anlass gegeben hat.

Die Erscheinungen dieser Krankheit sind konstante (pathognomonische) und accidentelle. Zu den ersteren gehören: das plötzlich in der Regel mit Schüttelfrost oder Frösteln einsetzende hohe Fieber; Gehirnerscheinungen und Muskelschmerzen; Erscheinungen von Seiten des Digestionsapparates; Ikterus mit Leberschwellung bei erheblicherer Gallenstauung; Milztumor; nephritische Erscheinungen. Zu den accidentellen Erscheinungen gehören: Efflorescenzen an der Haut (Roseola, Erythem, Purpura, Petechien, Herpes labialis oder nasalis); Epistaxis; bronchitische Erscheinungen.

Das männliche Geschlecht ist bei der Erkrankung auffallend bevorzugt; die überwiegend größte Anzahl von Erkrankungen fällt zwischen das 15. und 30. Lebensjahr. Die meisten Fälle wurden in den Sommermonaten beobachtet. Die hygienischen und sanitären Verhältnisse der Ortschaften, in welchen die Krankheit bisher vorgekommen ist, werden von allen Beobachtern als ungünstig bezeichnet. Ein sicherer Fall von direkter Übertragung ist noch nicht beobachtet. Als Gelegenheitsursachen werden angegeben: Diätfehler, Erkältung, körperliche Anstrengung, Genuss schlechten Bieres. Die eigentliche Ätiologie der Krankheit ist bis jetzt nicht erforscht. Die von einigen Autoren vorgenommene Untersuchung des Blutes auf Bakterien ist negativ ausgefallen.

In der Erörterung der Frage, welche Stellung der sog. Weil-schen Krankheit in der Pathologie anzuweisen sei, schlägt W. vor, dieselbe als »Typhus biliosus nostras« zu bezeichnen.

Die Prognose der Erkrankung ist nicht als eine absolut günstige zu bezeichnen, da neuerdings letaler Ausgang beobachtet ist. Die meisten Fälle enden allerdings günstig. Die Schwere der Erkrankung scheint von der Schwere der Nierenaffektion abhängig zu sein. Die Rekonvalescenz ist immer eine langsame.

Die Therapie hat bezüglich der Allgemeinbehandlung dieselben Aufgaben wie bei allen anderen Infektionskrankheiten. Im Übrigen wird die Behandlung eine symptomatische sein müssen.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

10. **Minor.** Über Schnellhärtung des Rückenmarks vermittels des elektrischen Stromes. (Kurze vorläufige Mittheilung.)

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 10.)

M. hat gefunden, dass man vermittels des elektrischen (galvanischen) Stromes die mit Kaliumbichromat vorgenommene Härtung eines Rückenmarkstückes bis aufs äußerste beschleunigen kann. Diese Schnellhärtung ist nicht von der bloßen Durchleitung des Stromes, sondern auch von der relativen Lage des Präparates zu den Polen abhängig, in so fern die härtende Wirkung in gewisser Beziehung zum positiven Pol steht, während am negativen Pol eine erweichende, macerirende Einwirkung stattfindet.

Versuche mit Einwirkung des Stromes im Laufe von höchstens 4—5 Tagen auf ein in Kaliumbichromat frisch eingelegtes Rückenmark und mit Kontrollstücken (gleiche Zeit, ohne Stromzuleitung) ergaben folgende Resultate:

1) Die Kontrollstücke sind nur aufgequollen, es sind in diesen kaum irgend welche Spuren von beginnender Härtung zu bemerken.

2) Das Rückenmarkstück, welches sich unter der Einwirkung des positiven Poles befand, ist völlig durch und durch gehärtet, als ob es 2—3 Monate in einer Kaliumbichromatlösung gelegen hätte. Die Farbe ist dunkelbraun.

3) Das Rückenmarkstück, welches sich unter der Einwirkung des negativen Poles befand, ist aufgequollen, erweicht, insbesondere im Centrum, die Konsistenz schmierig. Die Farbe ist weißgelb.

Die histologische Struktur der nach diesem Verfahren beobachteten Gewebe (Rückenmark- und Muskelstücke) scheint dabei in keiner Weise zu leiden.

Eulenburg (Berlin).

11. **Obolensky** (Charkow). Nervus vagus und Angina pectoris.

(Berliner klin. Wochenschrift 1889. No. 52.)

Ein Stabskapitän, Anfang der 40er, litt an anfallsweise auftretender Dyspnoe, Herzklopfen, Schmerz in der Herzgegend. Die Erscheinungen treten nach verschiedenen Anlässen auf, geringen Bewegungen, nach dem Essen, nach Genuss von Kaffee und Thee, aber auch während des Schlafens. Ursächlich lässt sich nur feststellen, dass einige Zeit vor Beginn des Leidens Pat. bei einem Eisenbahnunglück einen Stoß gegen die Brust erhalten hatte.

Die Untersuchung ergab bei dem 280 Pfund wiegenden Manne bezüglich der Lungen, des Herzens und der großen Gefäße, so wie der Unterleibsorgane ein negatives Resultat; dagegen war Druck auf den linken Nervus vagus empfindlich. Unter Ausschluss aller anderen ätiologischen Momente für die bezeichneten Anfälle kommt O. zu dem Ergebnis, dass es sich um eine Neuralgie des N. vagus handelt und diese auf luetischer Basis beruhend. Zwar ist nirgend gesagt, dass Pat. selbst jemals Syphilis acquirirt hatte, noch zeigen sich sonst am Körper Erscheinungen dieser Krankheit; doch hat der Vater desselben wahrscheinlich Syphilis gehabt und Pat. hat in seiner Jugend eine neuralgische Affektion durchgemacht, die durch Jodkalium geheilt worden ist!

Dem zufolge wurde auch jetzt Jodkalium verabfolgt und der Kranke dadurch nach kurzer Zeit von seinen Anfällen befreit. **Leubuscher** (Jena).

12. **Eulenburg** (Berlin). Subakute amyotrophische Spinallähmung mit paralytischer Schultergelenkerschlaffung. Behandlung durch Arthrodese.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Bei einem 27jährigen Mädchen hatte ohne nachweisbare Veranlassung vor 5 Jahren auf der rechten, vor 4 Jahren auf der linken Seite eine beide Male innerhalb 4—5 Monaten sich völlig entwickelnde atrophische Lähmung der Schulter-

Oberarmmuskulatur sich eingestellt, die eine vollständige Unbrauchbarkeit der oberen Extremitäten bewirkte. Dabei sollen beide Male vorübergehende Schmerzen in der Halswirbelsäule und in der seitlichen Halsgegend bestanden haben. Dann war anscheinend ein völliger Stillstand des Krankheitsprocesses eingetreten. Die Atrophie schien völlig symmetrisch. Bei herabhängendem Arm zeigte sich der Oberarmkopf beiderseits stark nach abwärts gesunken und zugleich in geringerem Grade nach innen dislocirt, leicht auf und ab verschiebbar. Der Abstand zwischen Akromion und Gelenkkopf betrug rechts 4, links $3^1/_2$ cm.

Während eine Anzahl von Bewegungen überhaupt nicht ausführbar war, konnten andere Bewegungen in Schulter und Ellbogen bei fixirter Schulter mehr oder weniger genügend ausgeführt werden. Bezüglich des elektrischen Verhaltens mag noch bemerkt werden, dass in den betheiligten Muskelgruppen eine fast völlige Aufhebung der Erregbarkeit für beide Stromesarten bestand, keine Entartungsreaktion.

Von J. Wolff wurde die Arthrodese des rechten Schultergelenkes vorgenommen, die Gelenkenden mittels starken Silberdrahtes vereinigt. Der Erfolg war Verringerung des Abstandes des Humerus von der Scapula bis auf $1^1/_2$ cm Entfernung, und Möglichkeit eine Reihe von früher nicht ausführbaren Bewegungen zu bewerkstelligen. Die nun vorgenommene elektrische Behandlung erwies ebenfalls ein bemerkbares Resultat. **Leubuscher** (Jena).

13. Perregaux. Über den praktischen Werth der Engelskjön'schen Methode.

(Korrespondenzblatt für schweizer Ärzte 1890. Januar 15.)

Die E.'sche Methode der Behandlung gewisser Krankheiten beruht auf der Annahme des Autors, dass der elektrische Strom eine besondere Einwirkung auf die Innervation der Gefäße ausübt, und zwar wirken die beiden Stromesarten in entgegengesetzter Weise, der faradische Strom gefäßerweiternd (depressorisch), der konstante gefäßverengend (pressorisch), wobei eine Abhängigkeit von der Art der Pole nicht besteht. Da von E. eine Einwirkung nur auf die Gefäße der Haut selbst, nicht aber auf die die Gefäßnerven enthaltenden Nervenstämme wahrgenommen wurde, so nimmt er an, dass die peripheren Gefäßganglien es seien, auf welche die elektrischen Ströme diesen Einfluss ausüben. E. glaubte nun auch, die höheren Gefäßcentren im Gehirn und Rückenmark in gleicher Weise beeinflussen zu können und durch dieselben depressorische und pressorische Wirkung des gesammten Gefäßsystems zu erzielen, indem er einfach die Elektroden des konstanten resp. faradischen Stromes in die Gegend des Cervikalmarkes, oder der Medulla, dem Sitze des Gefäßcentrums, aufsetzte. Er meint damit gewisse Krankheiten zu bessern, welche ihm, wie Migräne, Neurasthenie etc., auf einer Erkrankung des Gefäßtonus zu beruhen scheinen. Die Wahl der Stromart ist ihm dabei oft nicht gleich klar gewesen; er musste zuerst Prüfungen vornehmen, ob der faradische oder konstante Strom die Erscheinung besserte resp. verschlimmerte; nach Feststellung der Wirkungsweise wurde dann in täglichen Sitzungen die Behandlung der Erkrankung in Angriff genommen. An diese Beobachtung lehnt sich eine zweite desselben Autors an, wonach er fand, dass die Pat., die derartig faradisirt resp. galvanisirt wurden, eine Erweiterung resp. Verengerung des Gesichtsfeldes erlitten, und zwar trat die Erweiterung ein durch denjenigen Strom, der ihre übrigen Beschwerden besserte (positiver Strom), während die Verengung sich zeigte bei demjenigen, der sie verschlimmerte (negativer Strom). E. glaubte nun, wenn er bei seinen Pat. diese »Gesichtsfeldprobe« anstellte, ein Kriterium zu besitzen, welche Stromesart für dieselben die geeignete positive sei.

Wenn nun auch gerade dieser letzte Theil der E.'schen Beobachtungen von Konrad und Wagner als auf einem Irrthum beruhend widerlegt worden ist, da auch ohne Anwendung von Elektricität bei einem und demselben Individuum solche Gesichtsfeldverschiebungen vorkommen, so will doch P. desshalb nicht die ganze Methode verwerfen. Er behauptet, dieselbe mit sehr günstigem Erfolge in den letzten Jahren seiner Praxis in Montreux angewendet zu haben, so namentlich

bei Neurasthenikern, besonders bei denen, welche an der »vasomotorischen« Form Anjel's litten. Kopfdruck, Depression, Gedächtnisschwäche, Angstgefühl etc. wurden durch die Elektrisirung, besonders des verlängerten Markes (Elektroden auf Nacken und in die Kinnfalte) beseitigt. P. will dabei die E.'sche Methode nicht als die einzig wirksame oder nie versagende preisen; sie erfordert oft Geduld des Arztes und der Pat., ehe sie zum Ziele führt. Obwohl die Stromesart bei jedem einzelnen Individuum geprüft werden muss, so konnte P. sich doch im Allgemeinen nach der E.'schen Vorschrift richten; Fälle von Neurosen, welche durch deprimirende Gemüthsbewegungen hervorgerufen sind, werden mit dem faradischen Strom, solche, welche durch Überreizung und Überanstrengung erzeugt wurden, mit dem galvanischen behandelt. Schließlich giebt P. einige Krankengeschichten, die seine Erfolge bestätigen sollen. **Rosin** (Breslau).

14. **Rosenbaum.** Über subkutane Injektion von Silbersalzen bei Tabes dorsualis.

(Vortrag, gehalten auf dem balneologischen Kongress zu Berlin.)

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

R. hat bei 11 Pat. der Eulenburg-Mendel'schen Poliklinik subkutane Injektionen von unterschwefligsaurem Silberoxydnatron gegen Tabes vorgenommen im Anschluss an Empfehlungen Jacoby's aus den 70er Jahren und Eulenburg's auf dem Kongress von 1882, so wie in Erinnerung an einen von ihm auf dieselbe Weise im Jahre 1883 günstig beeinflussten Fall.

Die Resultate sind nur in dem einen der 11 Fälle günstig gewesen, hier allerdings so auffallend, dass R. glaubt, die Besserung nicht in den Rahmen der spontanen Besserungen einfügen zu können. Im Übrigen aber erwiesen sich die Injektionen ziemlich erfolglos, vor Allem oft äußerst schmerzhaft und verursachten Abscesse. Dennoch hält sich Verf. zu dem Résumé berechtigt, »dass bei einem so schweren Leiden wie die Tabes und in der Zeit, die so geschäftig ist in der Erfindung und Lobpreisung neuer Therapien, die schließlich auch nicht halten, was sie versprochen, unsere heutige Zeit gut thut, sich der alten bewährten (?) Mittel zu erinnern«. **Rosin** (Breslau).

15. **Cadéac et A. Meunier.** Contribution à l'étude physiologique de l'essence de muscade.

(Prov. méd. 1889. December 28.)

Das ätherische Öl der Muskatnuss (Myristica officinalis), zu ca. 14% in derselben enthalten, hatte in kleinen Dosen eine narkotische Wirkung auf Hunde; wenigstens glichen die cerebralen Abstumpfungserscheinungen äußerlich ganz denjenigen, welche kräftige Gaben von Narcoticis bewirken. Bei größeren Gaben tritt die narkotische Wirkung gegen rauschartige Excitationszustände zurück.

Beim Menschen tritt nach 0,65 g kein Excitationszustand ein, sondern etwas Kopfschmerz und erschwerte Gehirnthätigkeit. Erregende Wirkungen konnten nur bei der Athmung in der Zunahme ihrer Frequenz und Tiefe konstatirt werden. Die Herzthätigkeit wird durch kleine Dosen nicht erregt, wie man seither annahm, sondern eher beruhigt. Nach den Thierversuchen der Verff. ist das Muskatnussöl in den therapeutisch erlaubten Dosen durchaus kein Excitans, wofür es bisher galt; die größeren Gaben wirken zwar schwach excitirend, sind aber schon zu gefährlich, um mit Zuverlässigkeit angewandt werden zu können.

H. Dreser (Tübingen).

16. **G. Jukna.** Über Condurangin.

(Arbeiten des pharmakolog. Instituts zu Dorpat Hft. 4.)

J. stellte seine Thierversuche mit dem von Vulpius aus der Condurangorinde zuerst dargestellten Glykoside Condurangin an, ferner einer zweiten, in den Wirkungen aber der ersten völlig gleichen Substanz, die er ebenfalls aus der Condurangorinde isolirte und für ein Harzglykosid hält. Nähere Angaben über chemische Zusammensetzung, ob stickstofffrei oder nicht, werden nicht gemacht, sondern nur einige Farben- und Fällungsreaktionen werden angegeben. Die Wirkungen an Thie-

ren betrafen hauptsächlich das Centralnervensystem und bestanden nach kleineren Dosen in ataktischen Bewegungsstörungen. Bei größeren Dosen kommt es zu heftigen Krampfanfällen, nach deren Aufhören Parese eintritt.

Auf die Respirationsthätigkeit, so wie auf die Herzaktion und auf den Blutdruck hatte das Condurangin keinen wesentlichen Einfluss, eben so wenig auch auf die Darmperistaltik.

Ob diese von J. ermittelten Wirkungen am Thier zur Erklärung der wirklichen oder scheinbaren Besserung des Befindens von mit Condurangopräparaten behandelten Carcinomkranken sich verwerthen lassen, bezweifelt J. selbst mit Recht.

H. Dreser (Tübingen).

17. **R. Heinz.** Die praktische Verwendbarkeit von Phenylhydrazinderivaten als Fiebermittel.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Im Institute von Filehne hat H. eine Reihe von Phenylhydrazinderivaten betreffs ihrer praktischen Verwerthbarkeit geprüft. Es sind das: Diacetylphenylhydrazin, Acetyläthylphenylhydrazin, Monobenzoylphenylhydrazin, Äthylenphenylhydrazin, Äthylenphenylhydrazinbernsteinsäure, symmetrisches Methylphenylacetylhydrazin, Acetylphenylcarbizin und Acetylphenylsulfocarbizin.

Als Resultat der Untersuchungen ist zu konstatiren, dass sämmtliche Körper wegen ihrer Blutgiftnatur als Nervina, bezw. Antipyretica unbrauchbar sind.

Leubuscher (Jena).

18. **Kisch.** Die Diät bei einer Marienbader Entfettungskur.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

Gewiss wird vielen Ärzten die gedrängte, aber genaue Darstellung der Marienbader Kur willkommen sein, wie sie der Verf. der Monographie »Die Fettleibigkeit auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen klinisch dargestellt« in diesem Aufsatze giebt. Die Mineralwässer sollen nach K. nicht als alleinige Heilmittel betrachtet werden, sondern ihre Anwendung bildet nur einen Theil einer Heilmethode. Damit zeigt er, dass sich seine Ansichten schon entfernt haben von denjenigen älterer Ärzte, welche allerhand geheimnisvolle Wirkungen und Heilkräfte in den Genuss der Mineralwässer selbst verlegen und auf Diät und Lebensweise durchaus nicht den Schwerpunkt verlegen. »Der Einfluss der Reise, die Versetzung des Pat. in ganz neue Außenverhältnisse, das diätetische und hygienische Agens, der psychische Eingriff durch einen neuen Arzt oder Leidensgefährten etc.« spielt nach K. eine wichtige Rolle. Hierdurch, besonders aber »durch eine zielbewusste Diätetik gelingt es parallel mit dem Effekte des Trinkens der Mineralwässer und der Bäder eine Änderung der Proportionen der integrirenden Blut- und Säftebestandtheile herbeizuführen, während der gute Einfluss der Brunnenkur nicht erreicht werden kann, wenn man, scheinbar höchst exakt, mit denselben Mineralwässern 4 Wochen lang in dumpfen Hospitalräumen an dem klinischen Versuchsobjekt ein Kurexperiment vornimmt«.

Nach Feststellung der Grundprincipien, welche sich K. bei Regelung der Marienbader Kur gestellt hat und welche er in 6 Thesen zusammenfasst, giebt er folgenden Durchführungsplan der Kur:

Des Morgens um 5—6 Uhr: Trinken von 3—4 Gläsern (je 250 g) Kreuz- oder Ferdinandsbrunnen in Pausen von 15—20 Minuten; dann eine 1—2 Stunden dauernde Promenade durch den Wald; dann zum Frühstück 1 Tasse (150 g) Thee oder auch Kaffee mit Zusatz von 1 Esslöffel voll Milch ohne Zucker, 50 g Zwieback, der weder süß noch fett sein darf, 25—50 g kaltes, mageres Fleisch (Roastbeef oder Kalbfleisch) oder mageren, vom Fett sorgfältig abgelösten Schinken. Keine Butter.

Kein zweites Frühstück.

Vormittags 10 Uhr ein Marienquellbad mit Zusatz von 2—3 kg Soda, 26° R. warm, von 15 Minuten Dauer mit nachfolgender kalter Regendusche, nachher eine Stunde Promenade durch den Wald.

Hierauf Trinken von 1 Glas Waldquelle mit Citronensaft.

Bei vollkommen intaktem, kräftigem Herzen und Mangel jeden Zeichens von Arteriosklerose 2mal in der Woche ein Dampfbad mit nachfolgender kalter Abreibung.

Mittags gegen 1—2 Uhr: Eine Tasse dünner, nicht fetter Fleischbrühsuppe, ohne Zusatz von Graupen, Sago, Brot u. dgl., oder auch keine Suppe. 200 g gebratenes, nicht fettes Fleisch, Rinder-, Kalbsbraten, Geflügel ohne Sauce mit Gemüse: Spinat, Kohl, Blumenkohl (50 g), etwas (25 g) Weißbrotrinde; zum Dessert 25 g frisches Obst.

Streng verboten ist der Genuss von Gänse-, Enten- und Schweinefleisch, von Karpfen, Lachs, Häringen, Mehlspeisen, Kartoffeln, Butter, Käse, süßem Kompot, Crême, Gefrorenem.

Als Getränk ist ein Weinglas guten, leichten Weines gestattet, am liebsten erst 1 Stunde nach der Mahlzeit. Kein Bier, kein Champagner, kein Liqueur.

Nachmittags Promenade von 3 Stunden Dauer, dann eine Tasse Kaffee oder Thee ohne Zucker und Milch.

Um 6 Uhr Nachmittags 1 Glas Kreuz- oder Ferdinandsbrunnen.

Abendbrot gegen 7—8 Uhr: 100—200 g gebratenes Fleisch, kalten Braten oder mageren Schinken, 15—20 g Brotrinde; nach dem Essen 1 Stunde Promenade.

Vor dem Schlafengehen kalte Abwaschungen des Körpers.

Rosin (Breslau).

19. **Mosler.** Über den Nutzen der Verbindung von Seeluft und Soolbad gegen Schwächezustände, insbesondere bei Kindern.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

Anknüpfend an die einstmaligen Empfehlungen des verstorbenen Marburger Klinikers Beneke, welcher bekanntlich in Noderney ein großes Kinderhospiz für skrofulöse Kinder begründet hat, bringt M. für die praktischen Ärzte die Heilkraft der Seeluft in Verbindung mit den Soolbädern daselbst von Neuem in Erinnerung, zumal der günstige Einfluss derselben in Deutschland noch immer nicht die allgemeine Würdigung erfahren hat, wie z. B. in England. Der Greifswalder Kliniker macht darauf aufmerksam, dass auch die Ostseeküste mit ihren anmuthigen, leicht erreichbaren und komfortabeln Bädern für diese Zwecke von ausgezeichnetem Werthe ist. Besonders warm empfiehlt M. das neu eingerichtete Sool- und Moorbad in Greifswald, dem als wichtige Heilfaktoren Seeklima und Seebäder sich hinzugesellen; es sind dies die eine halbe Stunde von Greifswald entfernten Kurorte Eldena und Wick, deren Einrichtungen der Autor in Kürze beschreibt. Auch die Bedeutung Kolbergs, des anderen pommerschen See- und Soolbades, hebt er hervor. Wünschenswerth erscheint, dass auch an diesen Ostseebadeorten ähnliche großartige Hospize errichtet werden, wie Norderney ein solches schon seit mehreren Jahren besitzt. **Rosin** (Breslau).

20. **Szadek.** Über Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Quecksilbersalicylat.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 13.)

Nach einer Übersicht über die Publikationen betreffs der Anwendung des Hydrargyrum salicylicum bei Behandlung der Syphilis theilt S. seine diesbezüglichen Erfahrungen mit. Er wandte das Mittel bei 40 Kranken in ungefähr 350 Injektionen an, und zwar brauchte er eine 5—7%ige Suspension des Präparates in Wasser mit Beimengung von Gummi arabicum. Die Wirkung des Quecksilbersalicylats war eine außerordentlich günstige in den verschiedensten Stadien der Syphilis, besonders in den sekundären Stadien der Krankheit und bei milderen Recidivformen. Zu einer Kur sind im Allgemeinen 8—12 Injektionen mit einer Kurdauer von 20—40 Tagen nothwendig. Das Allgemeinbefinden der Kranken wird durch die Injektionen in keiner Weise gestört. Stomatitis tritt bei guter Zahnpflege selten und nur in leichter Form auf. Die lokale Reaktion ist sehr gering, vor Allem kommt es niemals zur Abscessbildung. **M. Cohn** (Berlin).

21. **Szadek.** Zur Behandlung der Syphilis mit intramuskulären Injektionen von Hydrargyrum thymolo-aceticum (Merck).

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 22.)

Verf. hat in 18 Fällen von recenter und inveterirter Syphilis die intramuskulären Injektionen von Thymolquecksilberacetat versucht und zwar verwendete er die Suspension: Hydr. thymol-acet. 1,5, Mucil. gum. arab. 0,5, Aq. dest. 20,0. Die Injektionen wurden alle 3—4 Tage gemacht, als die geeignetste Injektionsstelle wurde die Glutäalgegend gewählt. Injicirt wurde gewöhnlich eine volle Spritze.

Zusammen wurden 18 Syphilisfälle mit 122 Injektionen behandelt. Die Dauer der Behandlung betrug im Maximum 42, im Minimum 12 Tage, die Zahl der Injektionen im Maximum 10, im Minimum 4. Schon nach den ersten 2—3 Injektionen bemerkte man ein Abblassen des Exanthems, eine Abflachung der Papeln, und bereits nach 4 Injektionen heilten die syphilitischen Geschwüre. Die recenten makulösen Exantheme bedurften 4—6 Injektionen, die papulösen 6—8 Injektionen zur vollkommenen Beseitigung. Auch die inveterirten squamösen und pustulösen, ja sogar ulceröse Hautsyphilide schwanden unter dem Einflusse des Mittels rascher als nach Anwendung anderer Hg-Präparate. Einen besonders günstigen Einfluss hat S. in 2 Fällen von Laryngitis syphilitica bemerkt; in beiden Fällen wurde die Heiserkeit schon nach den ersten Injektionen beseitigt.

Örtliche Reizungssymptome an der Injektionsstelle wurden niemals beobachtet, eben so wenig Indurationen und Abscesse. Stomatitis war selten und dann nur schwach ausgeprägt.

(Über gleich günstige Resultate berichtet Löwenthal, der 60 Kranke mit 293 Injektionen behandelt hat. [Siehe Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 25.] D. Ref.) **M. Cohn** (Berlin).

22. **Bitter.** Poisoning from Gasoline.

(New York med. journ. 1889. November 30.)

Gasolin ist ein aus dem Petroleum gewonnenes Produkt; B. beschreibt zwei Vergiftungsfälle durch dasselbe bei Kindern. Der 1. Fall, wo ein 18 Monate altes Kind eine nicht genauer zu ermittelnde Quantität dieser Flüssigkeit in einem unbewachten Augenblicke getrunken hatte, endete schon nach 30 Minuten tödlich, nachdem offenbar sehr rasch Bewusstlosigkeit eingetreten war. B. fand das Kind bewusstlos, mit unfühlbarem Puls und nur ca. 8mal in der Minute athmend, die Hautoberfläche kalt und mit klebrigem Schweiße bedeckt. Durch Verbringen in ein warmes Bad trat eine nur wenige Minuten dauernde Rückkehr des Bewusstseins, bald darauf aber der Tod ein, nachdem eine Entleerung der verschluckten Flüssigkeit durch ein Emeticum nicht mehr gelungen war.

Im 2. Fall hatte unter denselben Umständen ein 19monatliches Kind eine rerelativ kleine Quantität Gasolin verschluckt, war aber nach 3 Minuten bereits komatös. Durch Anwendung der Magenpumpe wurde das Gasolin entleert und durch nachherige Inhalation von etwas Amylnitrit die Herzthätigkeit wieder belebt. Da der halbbewusstlose Zustand Anfangs alle 3—4 Minuten recidivirte wurde immer wieder etwas Amylnitrit inhaliren gelassen. Nach $1^1/_2$ Stunden befand sich das Kind außer aller Gefahr und leidlich wohl. **H. Dreser** (Tübingen).

Bücher-Anzeigen.

23. **H. Leloir und E. Vidal.** Symptomatologie und Histologie der Hautkrankheiten. In deutscher Bearbeitung von Dr. Ed. Schiff.

Wien, **L. Voss,** 1890.

Von diesem umfassenden, zugleich in französischer und deutscher Sprache erscheinenden Werke liegt uns das erste Heft vor. Das Werk ist auf 9 derartige

Lieferungen berechnet. Dadurch, dass sich die beiden rühmlichst bekannten Verff. eine bestimmte Grenze gesteckt haben und nur einen Theil der Dermatologie, die Symptomatologie und Histologie, zum Gegenstand ihrer Bearbeitung genommen haben, wird naturgemäß der Leserkreis ein beschränkter sein. Dieser aber wird das Buch nicht aus der Hand legen, ohne durch die sorgfältige Durcharbeitung des Einzelnen, die genaue Litteraturkenntnis und die klare, prägnante Diktion in hohem Maße befriedigt zu sein. Man wird nicht verlangen können, dass besonders in dem histologischen Theile, wo die Untersuchungen noch durchaus nicht abgeschlossen sind, alle Ansichten der Autoren allgemeine Billigung finden. Wir versagen es uns, schon jetzt auf Details einzugehen und behalten uns vor, nach Abschluss des ganzen Werkes noch einmal darauf zurückzukommen. Ein Vortheil scheint es uns noch zu sein, dass die Hautkrankheiten nicht systematisch, sondern nur einfach alphabetisch besprochen werden. Auf diese Weise finden wir in der ersten Lieferung folgende Abschnitte vor: Achromie, Akne, Akrodynie, Aktinomykosis, Ainhum, Alopecie, Anämie der Haut, Atrophie der Haut.

Eine besondere Anerkennung verdienen noch die 6 zur histologischen Erläuterung beigegebenen Tafeln, welche eben so wie das ganze Werk von der bekannten sorgfältigen Ausstattung des Voss'schen Verlages wiederum beredtes Zeugnis ablegen. **Joseph** (Berlin).

24. **Denhardt.** Das Stottern. Eine Psychose.

Leipzig, **E. Keil's Nachfolger,** 1890. 298 S.

In der vorliegenden Schrift hat D. die Erfahrungen niedergelegt, die er in mehr als 20jähriger Thätigkeit an über 2000 Pat. gemacht hat. Nachdem er in einem einleitenden Kapitel über die Geschichte des Stotterns sich verbreitet hat, bespricht er in ausführlicher Weise und unter Anführung vieler Beispiele die Pathologie dieses Gebrechens. Ein weiteres Kapitel handelt von der Ätiologie und der Entwicklung des Stotterns: Nach einer Würdigung des Einflusses der Heredität auf die Entstehung des Übels und nach Hervorhebung des Fehlens anderer prädisponirender Ursachen erörtert D. die verschiedenen Ansichten über das Wesen des Stotterns, um alsdann seine eigene Anschauung dazulegen. Die das ausgebildete Stottern charakterisirenden Störungserscheinungen entspringen nach D. der Vorstellung, nicht sprechen zu können, die zu gewissen Zeiten in dem Geiste der von diesem Leiden heimgesuchten Menschen in Verbindung mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Unlustgefühlen den Willenseinfluss momentan brachlegend auftaucht. Zur Bekräftigung dieser Theorie weist D. nach, 1) dass das Stottern gar nicht auftritt, wenn die Vorstellung in dem betreffenden Augenblicke nicht wirksam ist oder in ihrer Wirksamkeit paralysirt wird; 2) dass das Stottern sich in besonders heftigen Störungen äußert, wenn die Vorstellung selbst irgend wie gekräftigt und gestärkt wird und wenn die Unlustgefühle eine Steigerung erfahren; 3) dass das Stottern nachlässt, wenn die Vorstellung selbst nur mit geringer Lebhaftigkeit aufsteigt und wenn die Intensität der Unlustgefühle herabgesetzt ist. Das letzte Kapitel handelt von der Therapie des Stotterns und giebt nach einer Übersicht über die chirurgische und medikamentöse Behandlung des Stotterns eine Darstellung der Entwicklung der didaktischen Behandlung des Leidens und der Methode, die D.'s Vater begründet und D. selbst ausgebaut und unter glänzenden Erfolgen so sehr oft in Anwendung gezogen hat. Das Schlusskapitel handelt von der Verbreitung des Stotterns. **M. Cohn** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,

Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,

Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 39. **Sonnabend, den 27. September.** **1890.**

Inhalt: 1. **Lipari** und **Crisafulli,** Exhalationsluft bei Kranken. — 2. **Bufalini,** Terpentininhalationen bei Diabetes. — 3. **Sée** und **Lapique,** 4. **Oppenheimer,** Jodkali. — 5. **Damsch,** Pupillenunruhe bei Erkrankungen des Centralnervensystems. — 6. **Mauthner,** Schlaf und Nona. — 7. **Kohts,** Diphtherie.

8. **P. Guttmann,** Zuckerbestimmung durch Gährung. — 9. **Arloing,** Immunität. — 10. **Santi Sirena,** Resistenz des Cholerabacillus im Wasser. — 11. **Laveran,** Malariaplasmodien. — 12. **Sormani,** Inhalation von Tetanusbacillen. — 13. **Sormani,** 14. **Tizzoni,** und **Cattani,** Tetanusbacillen und Antiseptik. — 15. **Verstraeten,** Grippe. — 16. **Galvagni,** Carotidengalopprhythmus. — 17. **Dor,** Epidemische tuberkulöse Pneumonie. — 18. **Mosny,** Erysipelatöse Bronchopneumonie. — 19. **Queisner,** Kinderpneumonie. — 20. **Coronedi,** Diastatische Kraft des Mundspeichels bei Magenkranken. — 21. **Guiot,** Sehstörungen durch Bandwurm. — 22. **Berkley,** Syringomyelie. — 23. **Hadden,** »Läuferkrampf«. — 24. **Steinthal,** Stimmbandlähmung bei Kropf. — 25. **Hartge,** Antifebrinvergiftung.

Bücher-Anzeigen: 26. Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf.

1. G. Lipari ed G. Crisafulli. Ricerche sull' aria espirata dell' uomo allo stato pathologico. (Clinica med. di Palermo.)

(Riforma med. 1889. No. 216.)

Gleichviel ob die Verf. einen durch vielstündiges Ausathmen (26—38 Stunden) in Wasser gewonnenen wässrigen Extrakt der Athmungsluft von Phthisikern anwendeten, oder ob sie eine schwache (ca. 0,5%ige) Salzsäurelösung oder verdünnten (20 : 50) Alkohol zur Bereitung des Extraktes wählten, ober ob sie mit dem durch starke Abkühlung verdichteten Wasserdampf der Exhalationsluft experimentirten, immer ergab sich die Thatsache, dass die Ausathmungsluft von Lungensüchtigen keinen Bestandtheil hat, welcher auf Meerschweinchen oder Kaninchen eine merkliche Giftwirkung üben kann, dass ferner mittels der ausgeathmeten Luft keine Tuberkelbacillen aus der Lunge nach außen befördert werden. Wenigstens blieben

die geimpften Thiere viele Monate durchaus frei von tuberkulösen Affektionen. Das letztere Ergebnis schließt sich den Erfahrungen von Sirena und Pernice an, welche eine Übertragung der Tuberkulose auf dem Wege der ausgeathmeten Luft, gestützt auf ihre Experimente, leugnen.

Auch die bei krupöser Pneumonie exhalirte Luft erwies sich in Untersuchungen an zwei Kranken durchaus ungiftig für Kaninchen und Meerschweinchen, und durchaus frei von Mikroorganismen.

Und eben so war der von Typhuskranken, Erysipelkranken und von einem mit akutem Rheumatismus behafteten Manne gewonnene Extrakt für die genannten Thiere ungiftig, mochte er auf intravenösem oder intraperitonealem Wege beigebracht werden. Bezüglich der völligen Abwesenheit von Mikroorganismen in der Exspirationsluft erinnern die Verff. an die von Strauß gemachte Beobachtung, dass von vielen Hundert Bakterien oder Sporen, welche in die Lungen eindringen, keine einzige wieder ausgeathmet wird.

G. Sticker (Köln).

---

2. **G. Bufalini.** Sul valore terapeutico della medicatura terebentinata.

(Riforma med. 1889. No. 238.)

Die Beobachtung Brémond's, dass bei anämischen Individuen unter dem Einflusse wiederholter Terpentininhalationen eine erhebliche Zunahme des Hämoglobingehaltes im Blute und eine bedeutende Steigerung der Reduktionskraft des Oxyhämoglobins eintritt, war für B. die Veranlassung, zu untersuchen, ob die wohlthätige Wirkung von Terpentineinathmungen auf Bronchopneumonien, zumal auf solche tuberkulösen Charakters, nicht etwa nur ein Ausdruck der desinficirenden und sekretionsbeschränkenden Eigenschaft des Terpens $C_{10}H_{16}$ ist, sondern auch zum Theil zurückzuführen sei auf eine Beeinflussung der allgemeinen Ernährung, bezüglich Blutbildung durch den Ozongehalt des Terpentins.

Zu diesem Zwecke maß er bei 2 Diabetikern, bei denen die Stoffwechselschwankungen an einzelnen Tagen vorher festgestellt worden, die Ausscheidung des Zuckers und Harnstoffes in 24 Stunden, innerhalb derer Inhalationen von sehr ozonreichem Terpentin verordnet wurden. (Das Vorhandensein von Ozon wurde durch die Schönbein'sche Probe, die Probe mit Guajactinktur und Blut und nach Wurster's Verfahren nachgewiesen.)

In keinem der beiden Versuche trat die geringste Beeinflussung der Harnstoffabgabe oder der Oxydation des Zuckers durch die Terpentininhalationen zu Tage, wiewohl der Zucker sich als oxydationsfähig bei dem Gebrauch von Arsenik erwies. Derselbe Diabetiker, welcher an 4 Tagen hinter einander 152,8 g, 133,1 g, 123,8 g und 115,1 g Zucker im Harn ausgeschieden hatte, schied beim Gebrauch von 2—12 Tropfen der Fowler'schen Arseniklösung während 10 Ta-

gen eine mittlere Menge von 82,26 g und an 7 weiteren Tagen eine mittlere Menge von 56,08 g Zucker aus. **G. Sticker** (Köln).

---

3. **G. Sée** et **M. Lapique.** Über die Wirkung des Jodkali.
(Praticien 1889. No. 31.)

4. **Oppenheimer.** Über Jodkaliwirkung.
(Vortrag, gehalten in der Sektion für Pharmakologie der 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg.)
(Therapeutische Monatshefte 1889. December.)

In Gemeinschaft mit L. hat S. Experimente gemacht über die Wirkung des Jodkali und referirte darüber der Akademie.

Vor Allem muss man in der Wirkung des Jodkali unterscheiden, was davon dem Kali, was dem Jod zukommt. Zu diesem Zwecke verglich er die Wirkung des Jodkali mit der des Natronsalzes und fand, dass beide verschieden wirken und das zweite das erste meist nicht ersetzen kann. Die Kalisalze nämlich erregen das Herz und die gefäßverengernden Nerven und steigern den Blutdruck. S. machte bei Hunden von 10 kg Einspritzungen von 1 g Jodkali und fand, dass die Wirkung etwa 1 Stunde anhält. In der ersten Phase (Phase der Alkaliwirkung) fand er die Herzthätigkeit beschleunigt, den Arteriendruck sofort erhöht um 4—5 cm. Bei dem Natronsalze sind diese Erscheinungen nicht wahrzunehmen. In der zweiten Phase (Phase der Jodwirkung) fand er beim Kali wie beim Natronsalze den Blutdruck langsam, selbst über 2 Stunden hinaus, herabgehen, bis 8 cm unter den Anfangsdruck.

Die Wirkung des Jodkali setzt sich also zusammen aus der zuerst eintretenden des Kali, die die Herzthätigkeit beschleunigt, den Blutdruck erhöht, die Gefäße zusammenzieht, und der darauffolgenden des Jod, die die Gefäße wieder erweitert, den Blutdruck erniedrigt.

Auf der gefäßerweiternden Wirkung beruht die Wirkung der Jodsalze auf die Schleimhäute der Bronchien, wo die Hyperämie, die sich bis zur Hämorrhagie steigern kann, durch Hypersekretion der Schleimhäute die zähen Schleimauflagerungen verflüssigt und löst und die Dyspnoe beseitigt. Dann wird aber auch durch die Erweiterung der Pulmonalgefäße der Blutfluss im kleinen Kreislauf begünstigt und belebt und dadurch Dyspnoen, die vom Herzen ausgehen, beseitigt.

Außerdem, dass durch Erweiterung der Arterien die Anforderungen an das Herz verringert werden, wird durch das Jodkali, ähnlich wie bei Digitalis, die Herzthätigkeit direkt gekräftigt durch Wirkung des Kali auf die Muskeln, die Nerven und die Blutkörperchen. Danach findet das Jodkali erfolgreiche Anwendung bei Adipositas und fettiger Degeneration des Herzens, bei Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels, bei Sklerose der Kranzarterien, organischer und nervöser Arythmie, funktionellen Störungen durch

den Vagus bedingt, als Tachykardie, Palpitation, Basedow und bei Aneurysma der Aorta.

Resumirend schließt S.: Das wirkliche Medikament bei Herzleiden ist Jodkali. Weit entfernt davon, depressiv zu wirken, findet es vorzügliche Verwendung bei Mitralaffektionen und bei nicht kompensirter Myocarditis und Herzschwäche, wobei es meist die Energie der Herzthätigkeit hebt und den Blutdruck steigert. Dann, indem es alle Arterien erweitert, begünstigt es den Abfluss des Blutes und befreit so das Herz von zu großen Widerständen, wodurch kräftige Zusammenziehungen begünstigt werden. So wie alle Arterien erweitern sich natürlich auch die Kranzarterien und begünstigen dadurch die Ernährung des Herzmuskels. **A. Frey** (Baden-Baden).

Nicht experimentelle Untersuchungen sind es, sondern Beobachtungen am Krankenbette, welche in dem Vortrage O.'s niedergelegt sind. Sie betreffen nicht die therapeutische Wirkungsweise des Jodkaliums, über deren Resultate nach O.'s Ansicht noch nicht völlige Klarheit herrscht, sondern die Erscheinungen des sog. Jodismus. Zunächst betont O. von Neuem die allbekannte Toleranz gewisser Konstitutionen gegenüber dem Jodkali. Manchen Pat. konnten sogar 8—10 g Jodkali täglich gegeben werden, wodurch schlimmstenfalls nur eine mehr oder weniger leichte Magenaffektion hervorgerufen wurde, wie sie auch durch andere Kalisalze erzeugt wird. Hierauf geht O. auf die Theorie der Entstehung des Jodismus ein. Zwei Erklärungen scheinen ihm möglich; entweder ist der Körper im Stande, mit den normalen physiologischen Kräften freies Jod aus dem Jodkalium abzuspalten, wodurch dann der Jodismus entsteht; bei dieser Annahme ist es jedoch noch nicht gelungen, festzustellen, unter welchen Bedingungen diese Spaltung ausbleibt. Oder aber man muss für das Eintreten der Spaltung des Jodkaliums pathologische Bedingungen annehmen, die in dem Körper der für den Jodismus empfänglichen Individuen vorhanden sind. Dieser Ansicht scheint sich O. zuzuneigen. Auf Annahme derselben beruht die Erklärung der Schleimhauterkrankung der Respirationsorgane beim Jodismus. Hierüber sind nun mehrere Hypothesen aufgestellt worden. Die Nitrithypothese erklärt als Erzeuger des Jodismus die aus den Nitraten der Nahrung stammenden Nitrite, welche das Jod aus dem Jodkali spalten. Da aber dieser Vorgang nur bei Gegenwart von Säure stattfinden kann (die z. B. im alkalischen Sekret der Nase stets fehlt), da bei Säuglingen trotz der nitratfreien Nahrung ebenfalls Jodismus beobachtet wird, da endlich nicht erklärt ist, warum in gewissen Fällen das Mittel ohne Störung ertragen wird, so vermag sich O. dieser Ansicht nicht zuzuneigen. Aus demselben Grunde ist O. auch Gegner der Hypothese, wonach Ozon, das sich bei Wasserverdunstung bildet, oder salpetersaures Ammoniak, das bei Stickstoffgegenwart durch Verdunstung entsteht, die Zerlegung des Jodkaliums besorgen soll. O. neigt vielmehr der Ansicht zu, wonach die Spaltung des Jod durch Fäulnis vermittelt

wird. Diese Hypothese steht nämlich mit den thatsächlichen Beobachtungen am Krankenbett im Einklang. Jodismus der Schleimhaut tritt überall da leicht auf, wo stagnirende Sekretmassen, Borken, Ulcerationen, phthisische Processe etc. den Mutterboden für Fäulniserzeuger bilden. Es kann durch diesen Fäulnisprocess dann sowohl leicht die Umwandlung von Nitraten in Nitrite bewerkstelligt, als Säure gebildet und endlich aktiver Sauerstoff erzeugt werden (bei Bildung von Wasserstoff), der direkt das Jodkalium zersetzt. Welcher Faktor hierbei im Vordergrunde steht, lässt der Autor unentschieden, jedoch glaubt er hiermit auch die Thatsache der Möglichkeit einer allmählichen Gewöhnung an das Mittel erklären zu können, indem oft durch die reichliche Sekretion nach eingetretenem Jodismus die vorhandenen Borken und Fäulnisherde weggeschwemmt und damit die Ursachen der Jodspaltung entfernt werden. Das Auftreten des Jodismus nur (?) in den Luftwegen wird verständlich, weil hier allein durch reichlichen Luftzutritt die nöthigen sauren Fäulnisprodukte und der aktive Sauerstoff sich bilden kann.

Die beim Jodismus auftretende Gesichtsröthung, Ödem, Thränenfluss, Kopfschmerz, Unruhe und Schlaflosigkeit erklärt O. sämmtlich als Reflexneurosen von Seiten der Nasenschleimhaut.

Nach Besprechung der Hypothesen über den Jodismus berührt O. kurz auch die Symptome desselben. Dabei bekämpft er die Ansicht, dass die hierzu gehörige, übrigens seltene Komplikation des Jodismus mit Stupor und Konvulsionen sich erklären lasse aus dem zu raschen Verschwinden der stets in solchen Fällen vorhanden gewesenen Struma, wobei die ziemlich plötzlichen Cirkulationsveränderungen in den Hals- und Hirngefäßen die Erscheinungen bedingen sollten.

Schließlich erwähnt O. noch gewisse Fälle von Jodismus, bei welchen die vorhandenen Hypothesen sämmtlich im Stiche lassen. Es sind dies Fälle von Morbus Basedowii, so wie von leichter Irritabilität des Herzens und der Gefäße. Hier kann man schon nach 3 cg Jodkali die stürmischsten Erscheinungen nicht sowohl von Seiten des Respirationstractus, sondern von Seiten der Blutcirkulation und des Herzens beobachten.

Rosin (Breslau).

---

5. **Damsch.** Über Pupillenunruhe (Hippus) bei Erkrankungen des Centralnervensystems.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 9.)

Die als Hippus bezeichneten Schwankungen der Pupillenweite (bei paralleler Sehlinieneinstellung und gleichmäßiger Beleuchtungsintensität) sind am besten bei diffusem Tageslicht und bei einer solchen Beleuchtungsintensität, dass die Pupillen mittlere Weite annehmen, zu beobachten. D. konstatirt das Vorkommen von Hippus bei verschiedenartigen Erkrankungen des Centralnervensystems, relativ am häufigsten bei der multiplen cerebrospinalen Sklerose

in frühen und späten Stadien ($^1/_2$—15 Jahre der Krankheitsdauer). In 2 Fällen war der — stets doppelseitige — Hippus das einzige cephalische Symptom, in anderen Fällen mit Schwindel, Sprachstörung, Nystagmus (letzterer nur bei seitlicher Blickrichtung) verbunden; 1mal mit beginnender Sehnervenatrophie. Alle Kranken wurden, um den Einfluss von Schüttelbewegungen des Kopfes zu eliminiren, in der Rückenlage mit gut unterstütztem Kopfe untersucht; der Hippus wurde besonders lebhaft, wenn die Kranken den Blick durch Rückwärtsbeugung des Kopfes nach oben richteten, wobei auch das charakteristische Schwindelgefühl der Sklerotiker sehr intensiv auftrat.

Außer bei multipler Sklerose wurde Hippus noch beobachtet bei akuter Meningitis und bei Herderkrankungen des Gehirns, welche sich nach einleitendem apoplektischen Insult unter dem Bilde von Hemiplegie mit sekundären motorischen Reizerscheinungen der gelähmten Muskeln (Tremor, choreatische Bewegungen) darboten. Hippus bestand hier nur einseitig und gekreuzt mit den motorischen Störungen der Extremitäten. Bei gewöhnlicher Chorea wurde Hippus niemals gefunden, dagegen zeigte sich bei Neurasthenikern mehrmals Hippus von wechselnder Intensität. Der Umstand, dass Hippus meist mit Verstärkung, reflektorische Pupillenstarre mit Fehlen der Sehnenreflexe einhergeht, legt den Gedanken an einen Parallelismus dieser Pupillensymptome und der Sehnenreflexe nahe, zumal auch eine gesteigerte Reflexerregbarkeit der Pupillen bei Sklerotikern den Hippus begleitet. Übrigens ist letzterer wahrscheinlich als Steigerung einer an sich physiologischen Erscheinung — der von Rieger und v. Forster gefundenen kleinsten Pupillenoscillation — zu betrachten. Zur Auslösung der den Hippus bedingenden pathologischen Erregungsvorgänge sind offenbar eben so entzündliche Veränderungen wie vasomotorische Störungen in den Centren geeignet.

Eulenburg (Berlin).

---

6. **Mauthner.** Zur Pathologie und Physiologie des Schlafes nebst Bemerkungen über die »Nona«.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 23—28.)

M. bespricht zunächst die pathologischen Zustände, in welchen tiefe Schlafsucht eine hervorragende oder ausschließliche Rolle spielt. Der anatomische Krankheitsprocess ist dabei gewöhnlich eine Entzündung in der centralen grauen Substanz des 3. Ventrikels, in den grauen Wandungen des Aquaeductus Sylvii und im vordersten Abschnitte des Bodens des 4. Ventrikels, eine Affektion, die Wernicke als Poliencephalitis superior bezeichnet. Diese, wie es scheint, im Allgemeinen fieberlos verlaufende Krankheit hat folgende charakteristische Allgemeinsymptome:

Apathie und Abgeschlagenheit, eine bis zum höchsten Grade sich steigernde Muskelschwäche ohne Lähmung und in den schwereren

Formen die stets zunehmende Somnolenz, die zumeist in den Tod übergeht. Das wichtigste, eigentlich einzige Herdsymptom sind die Augenmuskellähmungen. Man findet: Ptosis, also Lähmung des Levator palpebrae superioris allein oder in Verbindung mit der Lähmung anderer Oculomotoriusäste; man findet isolirte Trochlearis- oder Abducenslähmung, oder Lähmung aller motorischen Augennerven.

Die Polioencephalitis superior hat eine subakute (chronische) und eine akute Erscheinungsform. Als Poliencephalitis superior subacuta sive chronica ist anzusehen:

1) Die bisher räthselhafte tödliche Schlafkrankheit der Neger, deren Dauer im Mittel 2—3 Monate beträgt.

2) Die Maladie de Gayet, die in einem von Gayet beschriebenen Falle nach 5 Monaten zum Exitus führte.

3) Die Maladie de Gerlier, welche durch das Allgemeinsymptom der hochgradigen Muskelschwäche und durch das Herdsymptom der beiderseitigen Ptosis ihren Sitz im centralen Höhlengrau um so sicherer dokumentirt, als das bisweilen beobachtete Symptom der Schlingbeschwerden (Dysphagie) gleichfalls auf den Sitz des Leidens in der grauen Substanz, eine Fortpflanzung des Processes auf die im hinteren Abschnitte des Bodens des 4. Ventrikels gelegenen Nervenkerne hinweist. Die Maladie de Gerlier ist eine Sommerkrankheit, dauert also ungefähr 3 Monate und geht stets in Heilung über. Der Process ist hier offenbar weniger schwer; vielleicht mangeln die Hämorrhagien.

4) Die Attaque du sommeil der Hysterischen, welche bisher auch als räthselhaftes Leiden galt. Es ist für den Sitz des Leidens charakteristisch, dass man während dieser Attacken Ptosis und Divergenz der Augen (Internuslähmung) nachweisen kann. Unzweifelhaft ist die Ursache auch dieses Leidens die gestörte, zeitweilig aufgehobene Funktion des centralen Höhlengraus. Die Anhänger der Hysterie strenger Observanz müssen diese Funktionsstörung als Hemmungsvorgang bezeichnen. M. hält es für wahrscheinlicher, dass es sich um vorübergehende pathologische Processe, wobei man etwa an eine passagere seröse Durchtränkung des centralen Höhlengraus denken könnte, handelt.

Die akute Form der Poliencephalitis superior wird repräsentirt:

1) durch die von Wernicke, Thomsen, Kojewnikoff erwiesene, äußerst seltene, in 10—14 Tagen tödtende Krankheit;

2) durch die »Nona«, falls diese Krankheit existirt;

3) handelt es sich wahrscheinlich um wirkliche, wenn auch leichtere und daher rasch wieder rückgängige Veränderungen im centralen Höhlengrau in jenen Fällen, in denen der Schlaf nach einem Alkoholrausch sich ungebührlich lange hinzieht.

Als ätiologische Momente kommen in Betracht:

1) Intoxikation:

a) unbekannte Pflanzengifte (Maladie du sommeil),

b) Alkoholismus (Wernicke's Krankheit, Maladie du sommeil),
c) Schwefelsäurevergiftung (Wernicke's Krankheit).

2) Infektion:
a) Stallmiasmen (Maladie de Gerlier),
b) unbekanntes Miasma oder Kontagium (Nona).

3) Schreck (Maladie de Gayet).
4) Hysterie (Schlafsucht der Hysterischen).

Der zweite Theil der Arbeit bildet sehr interessante Erörterungen über die Physiologie des Schlafes, bei denen Verf. von folgender Theorie ausgeht: Der Schlaf besteht zu einem Theile in einer Unterbrechung der centripetalen Leitung, d. h. in einer Unterbrechung der Leitung zwischen den fungirenden peripheren Sinnesorganen und den fungirenden centralen Nervenzellen der Hirnrinde. Es ist aber im Schlafe nicht nur die centripetale Leitung zur, sondern auch die centrifugale Leitung von der Hirnrinde unterbrochen. Von der Sistirung der Funktion der Hirnrinde ist das Wesen des Schlafes unabhängig, während diese das Wesen der Ohnmacht, des Scheintodes und des Koma darstellt.

Den Sitz des Schlafes verlegt M. in das centrale Höhlengrau und er nimmt an, dass die vorerwähnte Unterbrechung der Nervenleitung durch eine zeitweilige Sistirung der Funktion des centralen Höhlengraus erfolgt, was auch dadurch erwiesen wird, dass auch beim physiologischen Schlaf das Herdsymptom der Augenmuskellähmung nicht fehlt, ja dass dieses Herdsymptom den Allgemeinerscheinungen sogar vorangeht: Das »Zufallen« der Augen nämlich fasst M. als eine wahre Ptosis, eine wirkliche Paralyse des Levator palpebrae superioris auf.

Ob es eine Krankheit »Nona« wirklich giebt, oder ob wir es bei den berichteten Fällen mit längst bekannten Zuständen zu thun haben, will Verf. dahin gestellt sein lassen. Durch irgend einen Obduktionsbefund ist jedenfalls eine neue Krankheit bisher nicht festgestellt.

M. Cohn (Berlin).

---

7. O. Kohts. Über Diphtherie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. p. 101.)

Das reichlich beobachtete Material des letzten Decennium weist 938 Diphtheritispatienten auf, von welchen 439 starben, also 46,7% und zwar starben von 477 Mädchen 217 (45,5%), von 461 Knaben 221 (47,9%); tracheotomirt wurden 439 Pat. (46,7%), von diesen starben 271 (61,8%); von den nicht tracheotomirten 499 starben 167 = 33,5%. An einem solchen Material können gewiss reichliche Erfahrungen geschöpft werden; es ist K. sehr zu danken, dass er uns mit seinen praktischen Erfahrungen bei der Behandlung der Diphtheritis, der sie begleitenden Nephritis und der ihr folgenden Lähmungen vertraut macht. Septische, schwere Erkrankungen sind jeder Behandlung unzugänglich, nur bei leichten, mittelschweren und schweren Fällen kann die Behandlung Gutes schaffen. Für die Be-

handlung unterscheidet K. zwischen der membranösen Form und der infiltrirten Form; beide Formen kommen oft zu gleicher Zeit vor. Die diphtheritischen Rachenaffektionen, bei welchen es sich um ausgedehnte Membranen im Rachen handelt, die Rachengebilde abnorm geschwollen sind, so dass der Aditus laryngitis fast vollkommen geschlossen erscheint, und gleichzeitig die Unterkieferdrüsen ungeheuer geschwollen, das submentale Gewebe prall ödematös ist, so dass das Gesicht breit erscheint, geben eine schlechte Prognosis, da oft schon im Verlauf der ersten 24 Stunden deutliche Collapserscheinungen auftreten; bei solchen Fällen besteht auch häufig starke Albuminurie bei vorhandener Herzschwäche. Im Gegensatz zu der gewöhnlichen Annahme beobachtete K. ungemein selten eine diphtheritische Erkrankung nach dem einmaligen Überstehen auftreten, so dass er keine gesteigerte Disposition zur neuen Diphtheritis sah. [Die bisher empfohlenen Mittel sind alle nicht im Stande, in den schweren septischen Fällen eine Beseitigung der Auflagerungen oder Infiltrationen herbeizuführen. Mit dem von Henoch vor Kurzem empfohlenen Mittel Acid. arsenicosum, so wie mit saurer Sublimatlösung nach Laplace, mit Jodtribromid (Kramer), Oleum menthae mit Glycerin ää und der Essigsäure (Engelmann) konnten noch keine Beobachtungen angestellt werden. In der Straßburger Kinderklinik wird den Pat. mit Rachendiphtheritis sofort bei der Ankunft eine Eiskravatte um den Hals gelegt, beständige Inhalationen von verdünntem Glycerin (1,0 : 4,0) resp. von 1 %igen Kochsalzlösungen unmittelbar vorgenommen oder bei ganz kleinen Pat. Zerstäubungen solcher Lösungen angewandt. Bei infiltrirter Rachendiphtherie wird 3mal täglich mit 5 %iger Chinolinlösung getupft, wodurch die erkrankten Stellen rascher zur Norm zurückkehren und der Ausbreitung der Diphtheritis vorgebeugt wird. Bei ausgesprochenen krupösen Auflagerungen treten Pinselungen resp. Inhalationen mit 5 %iger Papayotinlösung in die Behandlungsweise; es hat sich aber dabei ergeben, dass, wenn es gelingt, bei ausreichend wiederholter Inhalation (15—20 g Papayotin in 3 bis 4 Stunden) ganze Membranen zum Ausstoßen zu bringen, sehr oft sich bei Kindern, die vollkommen rekonvalescent schienen, in der 5.—7. Woche Lähmungen einstellten. Im übrigen Theil der Behandlung spielen die Diät und die symptomatische Therapie die Hauptrolle. Hohes Fieber erfordert laue Bäder resp. Prießnitz'sche Einwicklungen, alle 2—2½ Stunden wiederholt. Die Pat. erhalten Wein. Die Diät ist roborirend. Von der Schlundsonde ist nicht viel Gutes zu berichten, noch weniger von ernährenden Klystieren. Bei den tracheotomirten Pat. war es nur ausnahmsweise möglich, die Kanüle am 4. oder 5. Tage zu entfernen, meist erst nach 10—16 Tagen; viele Kinder konnten erst nach Wochen die Kanüle entbehren: je jünger die Pat., desto schwieriger ist die frühe Entfernung. Nephritis kam in fast allen Fällen der Diphtheritis vor; sie trat durchschnittlich zwischen dem 2.—5. Tage auf und schwand mit der Diphtheritis, nur selten dauerte die Albuminurie länger. Die Ne-

phritis an und für sich bringt keine wesentlichen Gefahren mit sich, sie wurde niemals chronisch. Besonderes Interesse bietet die Nierenaffektion, bedingt durch Verstopfung eines großen Theiles der Harnkanälchen durch die zersetzten rothen Blutkörperchen bei unpassender Behandlung mit Kali chloricum; 2 Sektionsprotokolle erläutern die Gefahren des Kali chloricum auch in kleiner Dosis per os verabreicht; es scheint geradezu, dass bei der Diphtheritis selbst die kleine Menge dieses Salzes Intoxikationserscheinungen hervorruft, so dass die innerliche Anwendung ganz zu unterlassen ist; auch soll es nicht zu Gurgelungen und Irrigationen der Nasen- und Rachenschleimhaut benutzt werden. Die Lähmungen, als Nachkrankheiten der Diphtheritis, heilen bei roborirender Diät; Strychnininjektionen sind von großem Vortheil. Nicht selten kommt es vor, dass Kinder in vollkommener Rekonvalescenz plötzlich umfallen und todt sind, der Befund bei der Sektion war stets negativ. In manchen Familien besteht geradezu eine Prädisposition für das Auftreten diphtheritischer Lähmungen. Die hochgradige Schlucklähmung erfordert, zumal bei ganz kleinen Kindern Schlundsondenernährung; als Portion dient im Mittel 3—4mal innerhalb 24 Stunden $^1/_4$ Liter Milch mit Eigelb und 1 Theelöffel Kognak oder Wein. Die Nährklystiere verdienen keine besondere Empfehlung. Ausgiebige Krankengeschichten, welche mitgetheilt sind, und zahlreiche Thierexperimente stützen in jeder Hinsicht die Berechtigung der beschriebenen Behandlungsmethoden in der Straßburger Klinik. **Prior** (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

8. **P. Guttmann.** Zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn mittels Gährung.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

G. führt aus, dass die mit dem Einhorn'schen Apparate gewonnenen Werthe des Zuckergehaltes diabetischer Harne nur dann einigermaßen genau sind, wenn der Zuckergehalt höchstens 1% beträgt, bei Harnen dagegen, die mehr Procent enthalten, sind die Resultate ungenau. Er schlägt dafür eine andere, früher schon von Roberts angegebene Methode der Vergährung vor, die auf Feststellung des specifischen Gewichtes der traubenzuckerhaltigen Flüssigkeit vor und nach der Gährung beruht. Vorbedingung ist ein gutes Aräometer und annähernd gleiche Temperatur. Mit Zugrundelegung des Worm-Müller'schen Coefficienten, wonach ein Gewichtsverlust von 4,3 der Flüssigkeit einem Zuckergehalt von 1% entspricht, lässt sich durch Division der Differenz des specifischen Gewichtes vor und nach der Gährung durch 4,3 der Zuckergehalt mit annähernder Sicherheit bestimmen.

Markwald (Gießen).

9. **Arloing.** Un mot sur l'immunité naturelle.

(Arch. de méd. expérim. 1890. T. II.)

Die natürliche Immunität eines Thieres, d. h. seine mangelnde Empfänglichkeit, durch Infektion mit einem bestimmten Mikroorganismus zu erkranken, hängt u. A. von seiner Unfähigkeit ab, durch die Stoffwechselprodukte des betr. Mikroorganismus alterirt zu werden. Daher sind, wie A. an einigen Beispielen zeigt, nur diejenigen Thiergattungen durch einen bestimmten Mikroorganismus zu inficiren, welche auch für seine Stoffwechselprodukte empfindlich sind. Andererseits

dürfte die künstliche Immunisirung als Gewöhnung an eine Intervention mit den bakteriellen Stoffwechselprodukten aufzufassen sein. Bei Immunität gegen Infektion mit einem bestimmten Mikroorganismus könne letzterer auch ohne Erkrankung seines Wirthes in demselben vorhanden sein und durch ihn weiter verbreitet werden. (? Ref.) **H. Neumann** (Berlin).

10. **Santi Sirena.** Sulla resistenza vitale del bacillo virgola di Koch nelle acque.

(Riforma med. 1890. No. 14—16.)

Der Cholerabacillus ging in dem Trinkwasser, welches im pathologischen Institut zu Palermo gebraucht wird, in 5—6 Tagen zu Grunde, im Quellwasser in 5—8 Tagen; im filtrirten Wasser in 1—6 Tagen.

Im destillirten und sterilisirten Wasser lebte er monatelang bis zu Jahr und Tag.

Im Wasser des Oretoflusses lebte er 2—3 Tage; wurde dasselbe aber sterilisirt, so war er noch nach 3 Monaten und länger lebendig.

Im Meerwasser lebte er bis zum 4. Tage; aber in dem Meerwasser, welchem unreine Kanäle zufließen (Cala, gegenüber Porta Felice von Palermo) überdauerte seine Lebensfähigkeit nicht einmal 24—48 Stunden.

Im Wasser von Abflusskanälen lebte er 2—3 Tage.

Die Lebensdauer des Kommabacillus im Wasser, wie in feuchten und flüssigen Medien überhaupt, ist abhängig von der Gegenwart von Saprophyten und anderen Mikroben, die das Medium beherbergt. Je reicher dieses an Fäulnismikroben ist, desto rascher geht in ihm der Kommabacillus zu Grunde.

Auch die Kokken in der Luft tödten den Cholerabacillus.

Das Verschwinden des Bacillus in Bouillonkulturen wird häufig von einer Grünfärbung des Nährbodens eingeleitet.

Die chemische Zusammensetzung des Wassers hat auf die Lebensfähigkeit des Bacillus keinen Einfluss.

Niedere Temperaturgrade schwächen das Virus der Cholera ab, tödten es aber nicht. **G. Sticker** (Köln).

11. **A. Laveran.** Des hématozoaires du paludisme.

(Arch. de méd. expérim. 1890. T. II.)

Der Morphologie der Malariaparasiten, über die L. kürzlich ein zusammenfassendes Referat gab, lässt er jetzt einen klaren Überblick über das Verhältnis der Parasiten zur Pathologie der Malaria folgen. Wesentlich Neues wird nicht gegeben. **H. Neumann** (Berlin).

12. **G. Sormani.** Esperimenti sulla inalazione del virus tetanigeno.

(Riforma med. 1890. No. 10.)

Bacillen und Sporen des Tetanuserregers riefen an empfänglichen Thieren (Kaninchen) keinerlei Krankheitserscheinungen hervor, wenn sie auf dem Wege der Einathmungsluft einverleibt wurden; eben so unschädlich verliefen direkte Injektionen des Giftes in den Bronchialbaum. Dem zufolge dürfte die Entstehung des »Tetanus rheumaticus« durch Einathmung des tetanigenen Virus auszuschließen sein. Gegen eine Vermehrung des Tetanusbacillus in den Respirationswegen spricht sein anaerober Charakter. **G. Sticker** (Köln).

13. **G. Sormani.** Ancora sui neutralizzanti del virus tetanigeno e sulla profilassi chirurgica del tetano.

(Riforma med. 1890. No. 9.)

Verf. schließt aus seinen Versuchen, dass das Jodoform das empfehlenswertheste Prophylakticum gegen den Tetanus in der chirurgischen Praxis sei; dass neben ihm nur das Jodol, das Sublimat (in saurer 0,2%iger Lösung) und der Chloralkampher in Frage kommen, während das Chloralhydrat und das Chloroform den Tetanuserreger höchstens abschwächen. Die Anwendung des Jodoform soll sogar im Stadium der Incubation das Ausbrechen des Tetanus verhüten.

(Diesen experimentellen Ergebnissen widerspricht u. A. die von Kötschau mitgetheilte klinische Beobachtung — in der Münch. med. Wochenschr. 1887 No. 44.)

G. Sticker (Köln).

14. **G. Tizzoni e G. Cattani.** Sulla resistenza del virus tetanico agli agenti chimici e fisici.

(Riforma med. 1890. No. 83.)

Aus Versuchen mit Reinkulturen von Tetanusvirus, welches an ausgefaserten Seidenfäden angetrocknet, bestimmte Zeit hindurch der Einwirkung desinficirender Mittel ausgesetzt und später, nach sorgfältiger Auswaschung in destillirtem Wasser und nach Verpflanzung in Gelatine unter Wasserstoffatmosphäre auf seine Virulenz an Kaninchen geprüft wurde, ergab sich, dass eine Reihe von sogenannten bakterienfeindlichen Mitteln auf die Vitalität des Tetanusbacillus im Sporenzustande selbst bei 24stündigem und längerem Kontakt keinerlei Wirkung übt, dass eine andere Reihe in verhältnismäßig kurzer Zeit die Sporen des Tetanusvirus zu tödten vermag, und zwar innerhalb einer Zeit von 12 Stunden:

Wirkungslose Substanzen:

Karbolsäure 5%,
Borsäure 4%,
Salicylsäure (wässrige Lösung) 0,25%,
» (alkoholische Lösung) 5%,
Sulfophenolsaures Zink 5%,
Creolin 2%,
Chloralhydrat 5%,
Alkohol,
Äther,
Kupfersulfat 5%,
Eisensulphat 5%,
Kalium hypermangan. 0,1%,
Zinkchlorür 5%,
Hydroxylamin 2%,
Jodoform. pulveris.,
Jodol,
Jodoform (ätherische Lösung) 10%,
Jodol (dessgl.) 10%,
Jod (dessgl.) 1%,
Tinct. Cinnamomi,
Ferr. sesquichlorat. 5%,
Resorcin 5%,
Acid. sulfuric. pur. 3%,
» hydrochlor. pur. 3%,
» Acid. lactic. 10%,
Thymol 0,1%,
β-Naphthol (alkoholische Lösung) 0,5%,
» 1% + Kampher 2%.

Aktive Substanzen:

Argent. nitric. 1% (1 Minute),
» » 0,1% (5 »
Sublimat 1%, } (10 Minuten)
» 1% + Acid. hydrochlor. 0,5% } (10 Minuten)
» 0,1% + Karbolsäure 5% + Salzsäure 0,5% } (10 Minuten)
» 0,2% + Salzsäure 1,0% } (10 Minuten)
» 1% + Salzsäure 0,5%, } (10 Minuten)
» 0,1%, } (10 Minuten)
Creolin 5% (5 Stunden),
Jodwasser (6 Stunden),
Karbolsäure 5% + Salzsäure 0,5% (8 Stunden),
Kalium hypermangan. 1% (10 Stunden),
feuchte Wärme 100° C. (5 Minuten),
trockene Wärme 150° C. (10 Minuten).

Bezüglich der Wirksamkeit des Jodoform stehen die Ergebnisse der Verff. in direktem Gegensatz zu den Angaben Sormani's. Kitasato fand eine geringere Resistenz des Tetanusbacillus gegen Karbolsäure (5%) bei Zusatz von Salzsäure oder ohne diesen; eben so gegen Sublimat (0,1%) mit oder ohne Ansäuerung.

G. Sticker (Köln).

15. **Verstraeten.** La grippe épidémique de 1889—1890 à Gand.

(Extrait du bullet. de la soc. de méd. de Gand 1890.)

Verf. giebt zunächst eine Übersicht der Geschichte der Influenza in Bezug auf Gent, um dann zu einer Charakteristik der jüngsten Epidemie überzugehen. Er hält die Krankheit für eine kontagiöse und führt zum Beweise dafür an, dass sein 1. Fall einen Mann betraf, der auf einer Reise ein Haus mit mehreren Influenza-

kranken besucht hatte, die nächsten Fälle in einem Magazin beobachtet wurden, das seine Waaren aus Ländern bezog, die von der Epidemie stark heimgesucht waren. Verf. glaubt demnach, dass die Krankheit einmal von Person zu Person direkt übertragbar ist, dann aber auch durch Gegenstände, an denen der Krankheitserreger haftet, verbreitet werden kann. Aus der sodann folgenden, sehr ausführlichen Beschreibung des Verlaufes der Krankheit, ihrer Komplikationen und Nachkrankheiten, der Diagnose, Prognose und Therapie wüssten wir besonders Bemerkenswerthes nicht zu berichten; hervorheben möchten wir nur, dass Verf. eine außerordentlich große Anzahl von Recidiven beobachtet hat, die in ihrem Charakter meist der früheren Affektion glichen. **M. Cohn** (Berlin).

16. **E. Galvagni.** Sul raddoppiamento del secondo tono nelle arterie del collo (Galoppo carotideo).

(Riv. clin. e terap. 1889.)

In 2 Fällen von mäßiger Insufficienz der Aortenklappen beobachtete Verf. eine deutliche Spaltung des 2. Arterientones am Halse, welche an Ort und Stelle zu Stande kam und nicht als ein vom Herzen fortgepflanztes Phänomen aufgefasst werden durfte. Die von Drasche (Wiener med. Wochenschr. 1855 No. 30 u. 31) mitgetheilten ähnlichen Beobachtungen unterscheiden sich, abgesehen von anderen wesentlichen Punkten, darin von jenen G.'s, dass die Theilung des diastolischen Tones im Aortenrohr ihre Entstehung hatte und dass der gespaltene Ton bei Verstärkung der Herzaktion in ein langezogenes Geräusch sich umänderte. Das von G. belauschte Phänomen war auf die Arterien des Halses beschränkt, abwärts von der Clavicula nicht wahrnehmbar; der 1. Carotidenton erschien dumpf und verlängert; die beiden folgenden Töne waren deutlich abgegrenzt und durch eine kurze Pause getrennt.

G. betrachtet diesen »Carotidengalopp« als ein Äquivalent des Doppeltons in der Cruralis und versucht die Herleitung des 3. Tones aus dem 2. arteriellen Herzton zu begründen. **G. Sticker** (Köln).

17. **L. Dor.** Cinq cas de pneumonie tuberculeuse peut-être épidémique.

(Province méd. 1890. No. 2.)

D. berichtet über 5 Fälle, in welchen sich bei Männern, die in einem und demselben Krankensaale des Hospitals zum Theil dicht neben einander lagen, rasch verlaufende »tuberkulöse Pneumonien« entwickelten; in 4 Fällen kam es zum Tode, in 1 zu momentanem Stillstande. Alle Pat. hatten zuvor bereits Tuberkulose der Lungen, wenn auch noch nicht in vorgeschrittenen Stadien. Bei den 4 gestorbenen Pat. wurde die Autopsie gemacht; es ergaben sich immer starke Infiltrate; worin das Charakteristicum besteht, ist aus der sehr kurzen Beschreibung nicht zu ersehen. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass nicht der Koch'sche Tuberkulosebacillus, sondern irgend ein anderer Mikroorganismus die eigentliche Ursache der rasch verlaufenden Pneumonie in diesen Fällen sei; faktische Stützen für diese Ansicht führt er aber nicht an.

Es wurde eine »energische Desinfektion der Wäschestücke« vorgenommen, worauf weitere Erkrankungen nicht vorkamen. **Küssner** (Halle).

18. **E. Mosny.** Note sur un cas de bronchopneumonie érysipélateuse.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1889. No. 2.)

Eine 37jährige Frau besorgt eine Erysipelkranke. Hierbei erkrankt sie eines Abends mit heftigen Stichen, auf die am folgenden Morgen ein Schüttelfrost folgt. Abends wird im Krankenhaus entsprechend der schmerzhaften Stelle ein umschriebener pneumonischer Herd konstatirt (Haut und Schleimhäute normal). Am Nachmittag des folgenden Tages tritt der Tod ein. Die Sektion zeigt einen umschriebenen bronchopneumonischen Herd, in dem bei exakter bakteriologischer Untersuchung ausschließlich der Streptococcus pyog., bezw. erysipelatos aufzufinden war; in den ersten Kulturen zeigte er eine charakteristische und sehr ausgesprochene Infektiosität.

Verf. hält — wohl mit Recht, Ref. — seinen Fall für den ersten Fall von primärem Lungenerysipel, der diese Bezeichnung sowohl auf Grund des veranlassenden Moments wie auch der bakterio-pathologischen Untersuchung vollauf verdient.

H. Neumann (Berlin).

19. **Queisner.** Zur Ätiologie und pathologischen Anatomie der Kinderpneumonie.

(Inaug.-Diss., München, 1889. — Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. Bd. XXX.)

Verf. giebt die Krankengeschichte, die pathologisch-anatomische und bakteriologische Untersuchung von 10 Fällen von Pneumonie bei Kindern. Ein Theil der Pneumonien trat bei Diphtherie oder Masern auf. Er fand, unabhängig von der Form der Pneumonie, jedes Mal den Fraenkel-Weichselbaum'schen Pneumoniecoccus und zwar 10mal mikroskopisch, gleichzeitig 8mal durch Kultur und 8mal durch Impfung auf Mäuse. In 3 Fällen wurde außerdem der Streptococcus pyog. gefunden, niemals der Friedländer'sche Pneumobacillus. Bei 7 Untersuchungen des vom lebenden Kind entnommenen Mundsekretes fand sich in denjenigen zwei Fällen, in denen pneumonische Processe bestanden, der Pneumoniecoccus. Verf. empfiehlt als Prophylaxe gegen Pneumonie die sorgfältige Reinhaltung der Mundhöhle.

(Die Resultate dieser Arbeit stimmen im Wesentlichen mit den Resultaten einer gleichzeitig veröffentlichten Untersuchung des Ref. über das gleiche Thema überein.)

H. Neumann (Berlin).

20. **G. Coronedi** (Bologna). Intorno al modo di comportarsi del potere diastasico della saliva miste orale dell' uomo negli stati irritativi dello stomaco.

(Bullet. delle scienze med. 1890. Fasc. 1.)

Die Untersuchungen C.'s an 8 Magenkranken (1 akuter, 3 chronische Magenkatarrhe, 1 Ulcus simpl., 1 Cardialgie, 1 Pyloruscarcinom, 1 nervöse Dyspepsie bei einem Neurastheniker) führten ihn zu dem Resultate, dass Reizzustände des Magens die diastatische Kraft des Mundspeichels nicht verringern; mitunter zeigte sich sogar eine geringe Erhöhung derselben. Nur in 3 der Fälle war eine Verringerung zu konstatiren, doch war dieselbe in dem einem Falle (Kardialgie) nur minimal, während sie in den beiden anderen durch die bestehende Kachexie (Pyloruscarcinom), resp. den miserablen Ernährungszustand (nervöse Dyspepsie) zu erklären war.

A. Freudenberg (Berlin).

21. **Guiot.** Troubles visuels dus à la présence d'un taenia.

(Année méd. 1890. Februar 15.)

Eine junge Frau litt seit länger als einem Jahre an Brennen und Stechen, so wie einem Gefühl von Sandkörnern in den Conjunctivalsäcken, ihre Augen ermüdeten leicht, es bestand Lichtscheu und bei der geringsten Anstrengung der Augen stellte sich Kopfschmerz und Schwindel ein. Es bestand keine Hysterie, der Augenbefund war absolut normal (Sehschärfe vielleicht verringert), nur schienen die Pupillen etwas erweitert. Nach Abtreibung eines Bandwurmes verloren sich alle Beschwerden, ohne wiederzukehren.

A. Freudenberg (Berlin).

22. **Berkley.** Syringomyelia.

(Brain 1890. Januar.)

Der Fall ist bemerkenswerth durch eine schnell tödlich gewordene Blutung aus dem Cervicalmark, welche in den Arachnoidealraum durchgebrochen war. Im Übrigen wird nur der pathologisch-anatomische Befund ausführlich besprochen, der neue Gesichtspunkte nicht eröffnet. Da Verf. keine Gelegenheit hatte, den Kranken klinisch zu beobachten, konnte auch der eigenartige Befund einseitiger primärer Pyramidendegeneration mit geringen Veränderungen in den Vorderhörnern, der sich intra vitam mit spastischer atrophischer Hemiplegie gedeckt haben soll, keine weitere Verwerthung finden.

Tuczek (Marburg).

23. **Hadden.** Paraplegic rigidity in a Pedestrian, associated with a remarkable degree of neuro-muscular irritability.

(Brain 1890. Januar.)

Pat., einer von 4 athletisch gebauten Brüdern und selbst passionirter Schnellläufer, führt sein Leiden zurück auf eine Parforcetour (34 englische Meilen = 54 Kilometer in 5 Stunden!). Es begann mit schmerzhaften Spasmen in den Beinen und führte zu Abmagerung, Schwäche und Rigidität derselben. Aktion und passive Bewegungen derselben, Widerstand gegen passive Bewegungen, passive Muskeldehnung mit darauf folgendem Beklopfen führten zu tetanischer Starre einzelner Muskelgruppen bis zu völliger Versteifung des ganzen Beines. Sehnenreflexe nicht verstärkt. Die Oberextremitätenmuskulatur mächtig entwickelt, aber funktionsschwach, befand sich in dem Zustand »latenter Kontraktur«, so dass jede mechanische direkte oder indirekte Reizung einer Muskelgruppe zu tetanischer Kontraktur derselben führte, die wiederum die Neigung hatte, auf das ganze Glied zu irradiiren.

Das völlig normale elektrische Verhalten der befallenen Muskulatur, die zunehmende Versteifung bei fortgesetzter Aktion, das Fehlen des kongenitalen oder erblichen Momentes gestatten, Thomsen'sche Krankheit auszuschließen. Vielmehr handelt es sich um einen Berufskrampf (»Läuferkrampf«) durch Überanstrengung, was auch durch den sehr günstigen Erfolg der Therapie (Ruhe, kalte Duschen, Bromkali) bestätigt wird. **Tuczek** (Marburg).

24. **C. F. Steinthal** (Stuttgart). Über Stimmbandlähmung bei Kropf.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1890. No. 1.)

Mittheilung eines Falles von plötzlich eingetretener Asphyxie bei bestehender Struma mit vollkommener Genesung nach Exstirpation des Kropfes. Im Anschluss an die Mittheilungen von Seitz, Schnitzler und Rehn wird diese Kropfasphyxie erklärt durch die Annahme eines plötzlich eingetretenen Stimmritzenkrampfes, begünstigt durch eine bestehende Parese der Abduktoren.

B. Baginsky (Berlin).

25. **Hartge** (Dorpat). Eine Antifebrinvergiftung.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 8.)

Ein Student hatte des Abends nach reichlichem Alkoholgenuss etwa 28—29 g Antifebrin genommen. Darauf traten stark beunruhigende Symptome auf: Blaufärbung, große Herzschwäche, Dyspnoe, eine Zeit lang große Prostration, im Allgemeinen aber verlief die Vergiftung, ohne tiefere und nachhaltigere Störungen des Organismus zu veranlassen. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes zeigte keine Veränderungen, auf Methämoglobin wurde nicht untersucht, obgleich das Blut durch seine dunkelblaurothe Farbe auffiel. Im Urin konnte von Dragendorff reichlich unzersetztes Antifebrin und einige Spaltungsprodukte desselben nachgewiesen werden, sonst wies derselbe nichts von der Norm Abweichendes auf, kein Eiweiß, keinen Blutfarbstoff (auch nicht spektroskopisch).

Seifert (Würzburg).

Bücher-Anzeigen.

26. Mittheilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf. Neue Folge.

Wiesbaden, **J. F. Bergmann,** 1890.

Der vorliegende Band wird durch einen warm empfundenen Nachruf auf Dr. Hermann Brehmer, von C. Flügge verfasst, eingeleitet, in welchem die Verdienste des allzu früh der Wissenschaft entrissenen Leiters der Heilanstalt in Görbersdorf gebührende Würdigung finden.

Wyssokowicz veröffentlicht sodann das Ergebnis eingehender Untersuchun-

gen: Über die Beziehung der Skrofulose zur Tuberkulose. Seine Resultate lassen sich in folgender Weise zusammenfassen:

1) Skrofulose ist keine besondere und selbständige Erkrankung; die skrofulöse Lymphadenitis ist nur ein lokaler tuberkulöser Process, vorzugsweise des Kindesalters, welcher als Folge der Infektion mit den Koch'schen Tuberkelbacillen erscheint.

2) Sowohl der oft ungleiche Verlauf als auch das verschiedenartige Auftreten des tuberkulösen Processes im Kindesalter hängt ab von der verschiedenen Widerstandskraft der Gewebe des einzelnen Organismus.

3) Die Virulenz der Bacillen bei sog. Skrofulose scheint nicht geringer als bei gewöhnlicher Tuberkulose.

4) Als regressive Metamorphose der tuberkulösen Lymphdrüsen tritt meistens die Verkäsung ein; zuweilen, wohl bei größerer Widerstandsfähigkeit der Gewebe kann auch hyaline Degeneration vorkommen.

5) Vererbt wird nur die Disposition zur Tuberkulose, nicht aber der Krankheitskeim selbst.

6) Die Disposition zur Tuberkulose zeigt sich als schwache Konstitution des Organismus mit geringer Widerstandskraft der zelligen Elemente gegen die Krankheitserreger. Sie kann vererbt sein, auch erworben werden.

7) Von den tuberkulösen Processen sind zu trennen sowohl einige geschwulstartige Anschwellungen der Lymphdrüsen, als auch einige häufig zu beobachtende Erkrankungen der Haut und Schleimhaut im Kindesalter mit Schwellung der Lymphdrüsen, als deren ätiologisches Moment öfters andere pathogene Mikroorganismen anzusehen sind. Die Schwäche der Körperkonstitution und geringere Widerstandsfähigkeit der Gewebe schwächlicher Kinder erklärt genügend die Häufigkeit der Erkrankungen der Haut und Schleimhaut im Kindesalter. Auch die Anschwellungen der Lymphdrüsen, welche eine Zeit lang nach solchen Erkrankungen der Haut und Schleimhaut persistiren ohne Neigung zu progressivem Wachsthum, können ebenfalls nur als Reste einfacher entzündlicher Hyperplasie aufgefasst werden, welche mit Tuberkulose (Skrofulose) nichts gemein haben.

Eine zweite Arbeit desselben Autors handelt: Über den Einfluss des Ozons auf das Wachsthum der Bakterien. Das Resultat der diesbezüglichen Versuche W.'s lässt sich dahin zusammenfassen, dass das Ozon, wenigstens in den von W. angewandten Quantitäten, nicht vernichtend auf die Bakterien einwirkt, aber im Stande ist, den Nährboden in einer Weise zu verändern, dass derselbe ganz untauglich zu ihrem Wachsthum wird. Ob sich diese Ergebnisse für die Beurtheilung des günstigen Einflusses ozonreicher Luft auf lungenkranke Individuen verwerthen lassen, wollen wir dahingestellt sein lassen. —

Polyák berichtet über »Subkutane Kreosot- und Guajacolinjektionen bei Lungenschwindsüchtigen«. Der Werth dieser Injektionen wurde in 8 Fällen 176mal erprobt. Eine antipyretische Wirkung — Herabminderung der Temperatur um 1—1,5° — wurde immer prompt erreicht. 4 Stunden nach der Injektion stieg die Temperatur, begleitet von Schüttelfrost, wieder und zwar stets höher als vor der Einspritzung. Sonstige günstige Einwirkungen sind nur selten beobachtet worden. Der Meinung P.'s, dass durch diese Injektionen die Phthisiotherapie um ein werthvolles Mittel bereichert worden sei, können wir uns nach seinen Ergebnissen nicht anschließen. —

Czaplewski schreibt »Über Anlage bakteriologischer Museen« und »Über Sputumuntersuchung« und schließlich berichtet Rein über die Witterungsverhältnisse Görbersdorfs vom August 1889 bis März 1890.

Die Ausstattung des ganzen Buches, das durch ein Portrait Brehmer's geziert wird, ist, wie wir es bei der bekannten Verlagsbuchhandlung gewohnt sind, eine vortreffliche. **M. Cohn** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 40. **Sonnabend, den 4. Oktober.** **1890.**

Inhalt: **A. Hoffmann**, Bemerkung über die Anwendbarkeit des kohlensauren Kalkes zur Säurebestimmung im Magensaft. (Original-Mittheilung.)

1. **Kanthak**, Histologie der Larynxschleimhaut. — 2. **Celli** und **Marchiafava**, 3. **Canalis**, 4. Derselbe, 5. **Grassi** und **Feletti**, 6. **Plehn**, 7. Derselbe, 8. **Rosin**, 9. **Rosenbach**, 10. **Quincke**, Malariaplasmodien. — 11. **Maffucci**, Hühnertuberkulose. — 12. **Zagari**, Passage des Tuberkelbacillus durch den Darmkanal des Hundes. — 13. **Arnschink**, Fettresorption. — 14. **Prausnitz**, Glykogen. — 15. **Gay**, Laryngismus. — 16. **Peyer**, Magenaffektionen bei Genitalleiden. — 17. **Treves**, Chirurgische Behandlung der Typhlitis. — 18. **Sehrwaldt**, Einathmung heißer trockener Luft.

19. **Obermeier**, Jaffe'sche Indicanprobe. — 20. **Fubini**, Übergang des Morphium in die Milch. — 21. **Bombicci**, Virulenz der Nebennieren bei Rabies. — 22. **Tiraboschi**, Hämoglobinurie und Malaria. — 23. **Galvagni** und **Mazzotti**, Essentielles Anasarca. — 24. **Predöhl**, 25. **E. Fraenkel**, Ätiologie der Peritonitis. — 26. **M'Carthy**, Darmobstruktion. — 27. **Viti**, Verblutung in Folge variköser Ulcera des Ösophagus. — 28. **Kamen**, Typhuskomplikationen. — 29. **Zacchi**, Epilepsie in Folge Magenkatarrh und -Dilatation. — 30. **Keller**, Hirnaktinomykose. — 31. **Erdmann**, Meningitis. — 32. **Kutscherski**, Hysterischer Husten. — 33. **A. Meyer**, Koordinatorischer Stimmritzenkrampf. — 34. **de Rosa**, Scharlachprophylaxe. — 35. **Fabry**, Onychomycosis favosa. — 36. **Elsenberg**, Favus herpeticus. — 37. **J. Neumann**, Syphilisprophylaxe. — 38. **Schütz**, Lupus erythematosus. — 39. **Audry**, Pigmentsyphilis. — 40. **Benedict**, Neurosen des Harn- und Sexualapparates. — 41. **Classen**, Pyämie durch Gonorrhoe. — 42. **Biró**, Merkurbehandlung bei Gonorrhoe. — 43. **Casper**, Elastische Quecksilberbougies. — 44. **Leubuscher**, Krull'sche Behandlung der Phthise.

Bemerkung über die Anwendbarkeit des kohlensauren Kalkes zur Säurebestimmung im Magensaft.

Von

F. Albin Hoffmann in Leipzig.

Der im Centralbl. f. med. Wissensch. 1889 No. 26 von Leo gemachte Vorschlag zur Säurebestimmung im Magensafte verdient das allgemeine Interesse auf sich zu ziehen, da er es unternimmt, auf äußerst einfache Weise eine Reihe von Fehlern zu umgehen, mit denen wir

bei der Säurebestimmung noch zu kämpfen haben. Ein endgültiges Urtheil ist aber über die Sache noch nicht gesprochen; während mehrere Autoren sich im Allgemeinen billigend ausgesprochen haben, hat A. Meyer die Richtigkeit der Grundlagen der Methode nicht bestätigen können. Viel mit diesen Fragen beschäftigt, habe ich mich bemüht, die Sache klar zu stellen.

Zunächst habe ich auch die Grundversuche von Leo wiederholt, d. h. 1) eine reine Lösung von PO_4NaH_2 titrirt, 2) dieselbe mit einer bekannten Menge HCl versetzt und titrirt, 3) dieselbe mit reichlich $CaCO_3$ versetzt filtrirt, ausgewaschen, die CO_2 weggekocht und titrirt, 4) dieselbe mit reichlich $CaCO_3$ und bekannter Menge HCl versetzt, filtrirt, gewaschen, die CO_2 weggekocht, nochmals filtrirt, gewaschen, titrirt.

Diese Versuche sind in folgender Tabelle zusammengestellt:

	brauchen Zehntellauge			
	I	II[1]	III	IV[1]
Versuch mit selbstgemachten PO_4NaH_2 willkürliche Lösung	4,8	14,2	3,0	4,0
wiederholt	4,5	14,6	3,0	5,1
Versuch mit anderem selbstgem. PO_4NaH_2, 2,958 in 59 ccm Wasser, zu jeder Titrirung 5 ccm.	20,2	24,8[2]	17,15	18,9
Versuch mit einer willkürlichen Lösung PO_4NaH_2 von Trommsdorf bezogen	4,6	14,6[1]	3,6	5,8
wiederholt	4,6	14,4	3,6	5,1

Hieraus ergab sich nun, dass offenbar recht komplicirte Verhältnisse obwalten mussten, und es war mir sehr angenehm, einen Chemiker von Fach, Herrn Dr. Wagner, Assistent im Laboratorium des Herrn Prof. Ostwald, für die Klarstellung der Frage gewinnen zu können; da diese Jeden, welcher sich mit der Bearbeitung von Magensaft beschäftigt, in hohem Grade interessiren muss, so habe ich es für das Passendste gehalten, die Ausführungen des Herrn Dr. Wagner, welche er mir schriftlich mittheilte, ausführlich abdrucken zu lassen, indem ich ihm gleichzeitig meinen verbindlichen Dank für seine Mühewaltung in dieser Angelegenheit ausspreche.

1) Phosphorsaures Natrium NaH_2PO_4 ist in der Kälte nicht ohne Einfluss auf Calciumcarbonat. Vielmehr werden nach den ausgeführten Versuchen wechselnde Mengen, aber bei den eingehaltenen Versuchsbedingungen, etwa 30% des Phosphats völlig neutralisirt. Belege sind unten mitgetheilt.

2) Selbst wenn die Verbindung NaH_2PO_4 völlig ohne Einwirkung auf $CaCO_3$ wäre, würde es nicht zulässig sein, in der von Herrn Leo vorgeschlagenen Weise das Phosphat nach Abstumpfung der Salzsäure zu titriren. Denn bei Gegenwart von Salzsäure würde

[1] Die zugesetzte HCl = 10 NaHO.
[2] Die zugesetzte HCl = 5 NaHO.

zweifellos auch das phosphorsaure Natron auf $CaCO_3$ einwirken. In der Lösung, in welcher HCl und H_2NaPO_4 gemischt wurden, findet sich neben diesen Verbindungen auch NaCl und H_3PO_4, freie Phosphorsäure bildet aber in wässriger Lösung mit $CaCO_3$ in der Kälte unlösliches, zwei Drittel gesättigtes Calciumphosphat $CaHPO_4$ (Debray, vgl. Gmelin-Kraut II p. 371). Hierdurch würde natürlich ein Minderverbrauch von Alkalien für das saure Phosphat bedingt und ein relativ zu hoher Gehalt an freier Säure gefunden.

3) Dass bei Gegenwart von Chlorcalcium das Salz NaH_2PO_4 doppelt so viel Alkali gebraucht als bei Abwesenheit von Chlorcalcium ist richtig. Das zunächst gebildete, schwach alkalisch reagirende Salz Na_2HPO_4 setzt sich mit $CaCl_2$ nach $CaCl_2 + Na_2HPO_4 = CaHPN_4 + 2NaCl$ um, und da die Verbindung $CaHPO_4$ in Wasser unlöslich ist und nicht auf Phenolphtalein reagirt, so tritt keine Rothfärbung ein, wenn das zweite Wasserstoffatom der Phosphorsäure gesättigt ist. Weiterhin zugefügtes Alkali wirkt auf $CaHPO_4$ bei Gegenwart von Chlorcalcium nach $2CaHPO_4 + CaCl_2 + 2NaOH = Ca_3(PO_4)_2 + 2NaCl + 2H_2O$. Nachdem diese Reaktion beendet ist, bewirkt überschüssiges Alkali Rothfärbung.

Bongartz hat im Archiv der Pharmacie Bd. III, No. 22, p. 846 (vgl. im Auszug Mohr-Classen, Titrirmethode, p. 162) diese Reaktion zur Titration von Phosphorsäure benutzt. Es ist mir indessen nicht gelungen, brauchbare Resultate zu erhalten, die Einwirkung des Alkalis auf den zwei Drittel gesättigten phosphorsauren Kalk verläuft gegen Ende der Reaktion so träge, dass man dieselbe meist für beendigt hält, ehe die berechnete Menge Alkali zugefügt ist. Durch Erwärmen darf die Reaktion nicht beschleunigt werden, weil in der Hitze auch eine Einwirkung von Alkali auf das neutrale Calciumphosphat unter Bildung basischer Calciumphosphate statthat. Endlich ist noch zu bemerken, dass nach Dusart und Pelouze (Gmelin-Kraut II, 1, p. 374) nicht nur die Phosphorsäure, sondern, wie aber natürlich, auch der zweifach saure phosphorsaure Kalk $Ca(H_2PO_4)_2$ durch Neutralisation mit $CaCO_3$ in die einfach saure Verbindung $CaHPO_4$ übergeht. Da diese unlöslich und mit dem kohlensauren Kalk abfiltrirt wird, so wird auch hierdurch ein Fehler bedingt. Zweifach saurer phosphorsaurer Kalk muss sich aber im Magensaft nach Abstumpfung der Salzsäure jedenfalls bilden, weil sich das entstandene Chlorcalcium mit dem zweifach sauren Alkaliphosphat theilweise umsetzt.

Belege.

Kohlensaurer Kalk wurde mit Wasser angeschlemmt, zur Neutralisation einer geringen Menge Alkali mit HCl und Phenolphtalein versetzt und die Kohlensäure weggekocht.

Von der entstandenen Milch wurden je 100 ccm mit 10 ccm Lösung von NaH_2PO_4 versetzt, welche zur Neutralisation 9,88 ccm $^1/_{10}$ Kalilauge gebrauchten, ferner noch 200 ccm Wasser zugesetzt.

Nach dem Umschütteln und Absetzen wurde dekantirt, der Rückstand mit 100 ccm Wasser versetzt, dekantirt und dies wiederholt. Der Rückstand gab nun keine saure Reaktion mehr. Die Filtrate wurden aufgekocht und mit 10 ccm einer ungefähr normalen $CaCl_2$-Lösung, welche gegen Phenolphtalein neutral war, versetzt, dann mit $^1/_{10}$ Natron austitrirt. Der Endpunkt ist aus dem oben unter 3 erwähnten Grunde schwierig zu beobachten, es wurde aber so viel Alkali zugesetzt, dass die Röthung nach 4 Stunden noch stark fortbestand. Verbraucht wurde:

I.	12,50 ccm
II.	13,76 »
III.	14,38 »
	40,64 ccm.

Mittel 13,55 ccm, während 2mal 9,88, also 19,76 ccm, hätten verbraucht werden müssen. Der Verlust an Säure betrug also 31,43%.

---

1. Studien über die Histologie der Larynxschleimhaut.

(Virchow's Archiv Bd. CXVIII. Hft. 2.)

I. Schleimhaut des halbausgetragenen Fötus von A. A. Kanthak.

Der Kehlkopf des Fötus unterscheidet sich von dem des Erwachsenen durch die kleine, horizontal stehende Epiglottis, durch die Enge der Kehlkopfhöhle und durch die Breite und Wulstigkeit der ary-epiglottischen Falte.

Ferner ist die Ausbreitung des Flimmerepithels eine größere. Es bedeckt die ganze laryngeale Fläche des Kehlkopfdeckels, die ary-epiglottischen Falten, die Taschenbänder, die Sinus Morgagni und greift sogar auf die vordere Wand des Pharynx über; eben so ist es unterhalb der wahren Stimmbänder anzutreffen. Nur die letzteren selbst sind mit Pflasterepithel bekleidet, außerdem findet sich dieses auf einer kleinen Partie der Innenfläche des Aryknorpel und nur minimal an der vorderen Kommissur. An den Stimmbändern ist der Übergang von Pflaster- zu Flimmerepithel ein plötzlicher, an der Epiglottis und an der hinteren Kehlkopfwand aber kommen an der Grenze im Flimmerepithel Inseln von Pflasterepithel zum Vorschein.

Das Flimmerepithel lagert in den unteren Regionen des Kehlkopfes 2—3schichtig, in den oberen Regionen mehrschichtig. Darunter ist eine Lage runder Zellen innerhalb eines feinen Reticulum, eine Grenzmembran ist nicht vorhanden.

An den wahren Stimmbändern finden sich keine Papillen, dagegen sind auf der Epiglottis und im vorderen und hinteren Winkel papillenartige Falten zu sehen. Die wahren Stimmbänder sind ganz frei von Drüsen. Dagegen liegen Gruppen von Drüsen an der Basis der Epiglottis, um den Ventrikel und in den ary-epiglottischen Falten um das Lumen des Larynx, ferner sehr reichlich an der Hinterwand, nehmen aber nahe der Insertion der Stimmbänder ab.

Die Blutgefäße sind reichlich vorhanden, sie ziehen von hinten nach vorn, die hintere Hälfte ist viel gefäßreicher als die vordere. Adenoides Gewebe in Form von Follikeln ist nicht vorhanden.

Kayser (Breslau).

---

2. **Celli** e **Marchiafava.** Sulle febri malariche predominanti nell' estate e nell' asitunno in Roma.
(Arch. per le scienze med. Vol. XIV. No. 8.)

3. **P. Canalis.** Studien über Malaria-Infektion.
(Fortschritte der Medicin 1890. No. 8 u. 9.)

4. Derselbe. Studi sulla infezione malarica.
(Arch. per le scienze med. 1890. No. 1.)

5. **Grassi** und **Feletti.** Über die Parasiten der Malaria.
(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 13 u. 14.)

6. **F. Plehn.** Beitrag zur Lehre von der Malaria-Infektion.
(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII.)

7. Derselbe. Zur Ätiologie der Malaria.
(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 13.)

8. **Rosin.** Über das Plasmodium malariae.
(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 16.)

9. **O. Rosenbach.** Das Verhalten der in den Malariaplasmodien enthaltenen Körnchen.
(Ibid.)

10. **Quincke.** Über Blutuntersuchungen bei Malariakranken.
(Vortrag im physiologischen Verein zu Kiel vom 2. Juni 1890.)
(Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinscher Ärzte 1890. Hft. 12.)

Die Plasmodien, welche die verschiedenen Formen der Malaria verursachen, zeigen bekanntlich in Morphologie und Entwicklungsgang Verschiedenheiten. Celli und M. schildern in dieser Arbeit den Entwicklungsgang der Plasmodien, welche sich bei den Sommer- und Herbstfiebern in Rom finden; letztere sind remittirend oder intermittirend mit kurzer Apyrexie oder mit regelmäßig quotidianem Typus. Es vollendet bei ihnen der Parasit seinen Entwicklungsgang in sehr kurzer Zeit. Er bleibt klein, vollendet seine Entwicklung innerhalb des rothen Blutkörperchens und kommt gar nicht oder erst spät dazu, das Hämoglobin des letzteren in Pigment umzuwandeln. Die Pigmentbildung geht, so weit sie überhaupt stattfindet, der Sporulation kurz voraus. Da diese auch hier mit dem Anfall zusammentrifft oder kurz vorher eintritt, andererseits aber die ihr eigenthümlichen Gänseblümchenformen im Fingerblut nur schwer aufzufinden sind, so ist daher das Auftreten von Pigment in diesen Malariaformen geeignet, den Eintritt eines Anfalles zu signalisiren.

Die Halbmonde fanden sich nur in besonders schweren Malariafiebern des Herbstes und zwar immer zusammen mit den nicht pigmentirten amöboiden Formen. —

Canalis ergänzt die Kenntnis der Malariaparasiten, indem er den Entwicklungskreislauf desjenigen Parasiten, der die irregulären Fieber hervorruft, schildert. Es kommt dieser Parasit neben dem des tertianen und quartanen Typus, in seltenen Fällen gleichzeitig mit jenen, zur Beobachtung. Auch bei den irregulären Formen (Febr. subcontinua, subintrans, perniciosa) trifft das Gesetz zu, dass der Fieberanfall mit der Reifung einer neuen Generation zusammenfällt. C. unterscheidet 2 Entwicklungscyklen bei dem hier in Betracht kommenden Parasiten. Bei dem ersten — der im Wesentlichen dem von Marchiafava und Celli für die Sommer- und Herbstfieber geschilderten Typus entspricht — dringen sehr kleine unpigmentirte Formen in das rothe Blutkörperchen, bilden später etwas Pigment und theilen sich hierauf, wobei die Rosetten stets kleiner als bei der Tertiana und Quartana bleiben. Der zweite Cyklus tritt nie gleich bei Beginn der Erkrankung auf, sondern erst, nachdem schon mehrere Anfälle vorausgegangen sind; hier wächst das Plasmodium im rothen Blutkörperchen zu den bekannten Halbmonden — deren Stellung bisher nicht aufgeklärt war — aus und diese kommen weiterhin ebenfalls zur Sporulation. Die Sporulationsformen sind im Fingerblut bei den irregulären Fiebern nur schwer zu finden, da sie in den inneren Organen zurückgehalten werden. Die geißeltragenden Körper beobachtete C. nur bei dem 2. Cyklus; er glaubt, dass sie eine der letzten Stufen in der Entwicklung des Parasiten darstellen. —

Wir übergehen den größeren Theil der Arbeit von G. und F., der morphologische Details der Malariaparasiten in besonderer Weise deutet (G. und F. vermuthen z. B., dass die Geißeln Involutions- oder Degenerationserscheinungen sind) und bemerken nur aus dem Nachtrag, dass Verff. in Übereinstimmung mit den Arbeiten Anderer die regelmäßige, von den »Amöben« verursachten Fieber den unregelmäßigen, von den Mondsicheln (»Laverania«) erzeugten gegenüberstellen. Die Sicheln sahen sie entsprechend den Fieberanfällen an Zahl abnehmen. Auf Veranlassung der Autoren wurde einem spontan von Quartana tripla geheilten Individuum Blut eines seit 2 Monaten an der unregelmäßigen (bekanntlich sehr hartnäckigen) Form erkrankten Menschen (welches sehr viele Sichelformen enthielt) intravenös injicirt, worauf das Versuchsobjekt klinisch und dem Blutbefund nach in gleicher Weise erkrankte.

(In Hinsicht auf die gerade beim Studium der Malaria sich mehrenden Experimente am Menschen wäre zu bemerken, dass es auf diesem Wege gewiss gelingen muss, zahlreiche interessante Fragen aufzuklären. Es verdienen die in dieser Weise erlangten Resultate stets sorgfältig referirt, Diejenigen aber, denen sie zu danken sind, gleichzeitig als Männer gekennzeichnet zu werden, denen im Drange der Forschung das Gefühl ihrer moralischen Verpflichtung gegen den Nebenmenschen, speciell gegen den hilfesuchenden Kranken abhanden gekommen ist.) —

Trotz der zahlreichen Mittheilungen fremder Forscher über die Malariaplasmodien waren Beobachtungen über diesen Gegenstand in Deutschland bisher nicht veröffentlicht worden. P. gelang es in 5 von 6 Malariafällen den Nachweis der Plasmodien und die Feststellung ihrer Identität mit den beschriebenen Formen im Wesentlichen zu führen. Er geht in folgender Weise vor: Das durch Nadelstich aus der Fingerkuppe entnommene Blut wird mit einem sauberen Deckgläschen aufgefangen und sofort durch einmaliges kräftiges Überstreichen mit einem Glimmerspatel in möglichst dünner Schicht vertheilt. Das Präparat wird zur Fixirung auf 7—10 Minuten in absoluten Alkohol gelegt und alsdann bis zu 24 Stunden in folgender Lösung gefärbt: 1 Theil koncentrirte wässrige Methylenblaulösung mit 1 Theil Wasser verdünnt und 1 Theil $^1/_2$%ige Eosinlösung (in 60%igem Alkohol). —

Rosin wies in einem in Breslau zur Beobachtung gekommenen Malariafall die bei der Tertiana vorkommenden Formen der Plasmodien nach. Er fertigte die Präparate in folgender Weise an: er entnimmt aus der Fingerkuppe durch Einstich Blut, breitet es zwischen zwei Deckgläschen dünn aus und zieht die lufttrocknen Deckgläschen 5—6mal durch die Spiritusflamme. Dann färbt er während $1^1/_2$—2 Stunden in koncentrirter wässriger Methylenblaulösung und wäscht in Wasser aus; Einlegen in eine koncentrirte Lösung von Gummi arabic. und Verkitten des Deckgläschens mit Maskenlack. —

Rosenbach fand in dem von Rosin beschriebenen Fall von Malaria, dass die Pigmentkörperchen nur zum kleineren Theil schwarz, weißgelb, meist aber grünlichgelb, röthlichgelb oder braunroth erschienen; er setzt diese Eigenthümlichkeit der Körnelung zu der Milde des betr. Krankheitsfalles in Beziehung. Versuche, die Plasmodien in Aufkochungen von Gartenerde, in Urin resp. in eiweißarmer Ascitesflüssigkeit zu züchten, führten zu keinem resp. zu keinem klaren Resultat. —

H. Neumann (Berlin).

Q. hatte Gelegenheit, in 8 Fällen von Malaria das Blut zu untersuchen und fand in allen Fällen die von Laveran, Marchiafava, Celli, Golgi u. A. beschriebenen Parasiten, wenigstens die nach Marchiafava-Celli als pathognomonisch anzusehenden Formen, nämlich die mit langsamer, amöboider Bewegung ausgestatteten Organismen. Von den mit schneller Bewegung begabten Arten, wie sie besonders die Letztgenannten beschreiben, sah er nur in einem Falle die geißeltragenden. Freie Geißeln, halbmondförmige Körper, runde Körper mit Undulation der Peripherie scheint er nicht beobachtet zu haben.

Es lohnt sich daher vielleicht zu bemerken, dass wir am städtischen Krankenhause am Urban in den beiden ersten Fällen von Intermittens (quotidiana) die bisher auf die Abtheilung des Herrn Prof. A. Fraenkel kamen, nicht nur die »ruhenden« Plasmodien sahen, sondern auch »geißeltragende« in lebhafter Bewegung und jene runde Form mit Undulation der pigmentirten Peripherie, welch letztere Marchiafava und Celli unter 162 Malariafällen nur 4mal beobachtet haben.

Q. glaubt eben so wie Golgi bei schwerer Infektion auch eine größere Anzahl Parasiten gefunden zu haben, kann aber den von demselben Autor behaupteten Parallelismus zwischen Blutbefund und Fieberperiode nicht bestätigen.

Weitere Beobachtungen an diesen Fällen über eigenthümliche Formveränderungen der rothen Blutkörperchen, die sich als »Pseudovakuolen«, d. h. als vakuolenähnliche Gebilde darstellen und auf steilwandigen Vertiefungen beruhen, können wir gleichfalls bestätigen. Diese Formveränderungen der rothen Blutkörperchen hat Q. übrigens auch bei anderen Krankheiten (Masern, Typhus etc.) und auch bei Gesunden gefunden.

Salomonsohn (Berlin).

11. **A. Maffucci.** Ricerche sperimentali sull' azione dei bacilli della tubercolosi dei gallinacei e dei mammiferi nella vita embrionale ed adulta del pollo.

(Riforma med. 1889. No. 209—213.)

Verf. stellte zahlreiche Untersuchungen über das Schicksal der Tuberkelbacillen von Säugethieren und von Hühnern nach ihrer Einimpfung auf Hühner und deren Embryonen an und kam zu folgenden Ergebnissen:

Das Eiweiß des befruchteten aber nicht bebrüteten Hühnereies bildet für den Bacillus der Geflügeltuberkulose keinen Nährboden, während das befruchtete und bebrütete Eiweiß ein gedeihlicher Boden für die Entwicklung jenes Bacillus ist. Wenn der Bacillus der Geflügeltuberkulose Eiern eingeimpft wird, die darauf der Bebrütung unterworfen werden, so erleidet er unter der Einwirkung des Embryo im benachbarten Eiweiß eine Umwandlung in ganz kleine Körnchen. Unter dieser granulären Gestalt wird das tuberkulöse Virus vom Embryo absorbirt und in seinen Organen gegen den 10. Tag der Bebrütung abgelagert. Der Bacillus kann auch als solcher zur Absorption gelangen, wenn seine Einimpfung ins Ei nach dem 10. Bebrütungstage geschah. Nachdem er in die Cirkulation des Embryo gelangt ist, wird er hier in feinste Körnchen zerlegt und in der Leber deponirt, welche zum Theil seine Elimination auf dem Wege der Gallenabsonderung besorgt. Wurde der Bacillus zu Beginn der Bebrütung oder in späteren Stadien derselben dem Ei eingeimpft, so kann er vom 10. Bebrütungstage ab im Magen des Embryo erscheinen: auch hier unterliegt er einer Zerklüftung in Körnchen; in der Kloake desselben Embryo dagegen findet eine solche Umwandlung des Bacillus nicht statt. Der Bacillus verliert nach seiner Umwandlung in die Körnchenform, mag dieselbe im Eiweiß oder in den Organen des Embryo entstanden sein, durchaus nicht die pathogene Bedeutung für erwachsene Hühner, noch auch die Fähigkeit, sich auf geeigneten Nährböden in die Stäbchenform zurückzuverwandeln. Hingegen ist er für das embryonale Stadium des Hühnchens, so wie noch einige Zeit nach dem Austritt des Küchleins aus dem Ei nicht im Stande, sich zu vermehren und eine Tuberkulose in den Organen hervorzurufen. Einimpfungen großer Mengen des Bacillus im Embryonalstadium des Hühnchens haben keinerlei ersichtlichen Einfluss auf die Entstehung oder den Ablauf einer Tuberkulose, welche das ausgekrochene Hühnchen befällt; aber sie beeinflussen den Intensitätsgrad der tuberkulösen Läsion nach Maßgabe des Zeitraumes, welcher seit der Impfung verstrichen ist. Gleicherweise ist der Zeitpunkt, in welchem die Impfung des Eies geschah, wichtig für die Entwicklung von tuberkulösen Läsionen des ausgekrochenen Hühnchens, in so fern diese einen um so tardiveren Charakter haben, je näher die Impfung und der Beginn der Bebrütung des Eies zeitlich zusammenliegen. Ein gewisser Grad von mangel-

hafter Ernährung des Embryo und des ausgekrochenen Hühnchens, der als eine Folge der Impfung erscheint, muss auf chemische Produkte zurückgeführt werden, welche bei der Auflösung der Bacillen entstehen, und nicht etwa auf eine direkte Wirkung der letzteren, da sie keinerlei Entwicklung im Embryo zeigen und noch weniger zur Bildung von Tuberkeln führen. Entwickelte Hünchen sterben in Folge der Vergiftung durch die chemischen Produkte des Bacillus, wenn letztere dem Embryo zur Zeit der ersten Bebrütung eingeimpft wurden; dabei ist keine Spur von Tuberkulose am Hühnchen zu finden. Viele Hühnchen, die während der Bebrütung mit Bacillen geimpft wurden, gehen ebenfalls an der Vergiftung durch die chemischen Produkte zu Grunde, welche bei der Auflösung der Bacillen entstanden; auch bei ihnen fehlt jede Spur einer tuberkulösen Läsion.

Die Tuberkulose der Hühner ist für einige Säugethiere (Kaninchen, Meerschweinchen) nicht durchaus pathogen und umgekehrt ist die Tuberkulose der Säugethiere nicht pathogen für erwachsene Hühner. Der Hühnerembryo besitzt die Fähigkeit, den Bacillus der Säugethiertuberkulose zu zerstören. Dieser ist dem Embryo des Hühnchens unschädlich; seine chemischen Produkte dagegen, die im Gewebe des Embryo durch die Auflösung des Bacillus entstehen, sind für die Ernährung und die Lebensfähigkeit des Hühnchens verderblich. Es besteht nach Obigem ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Bacillus der Hühnertuberkulose und der Säugethiertuberkulose; ein zweiter Unterschied liegt in der Art der Entwicklung ihrer Kulturen auf gleichen Nährböden, in so fern der erstgenannte Bacillus, dessen Form länger und dünner als die des Säugethierbacillus ist, nur in alten Kulturen lichte Zwischenräume in der Längsachse zeigt, während der letzgenannte, von breiterer und kürzerer Gestalt bereits in jungen Kulturen jene hellen Trennungsstellen darbietet. Zudem färben sich die Bacillen der Hühnertuberkulose weit schneller als die anderen in einer kalten Gentianaviolettlösung, aus welcher sie bereits nach 10 Minuten gefeit gegen die entfärbende Wirkung der Säuren hervorgehen. Die Kulturen der Hühnerbacillen auf Blutserum-Glycerin haben nach 2 Wochen durchaus runde Gestalt und das Aussehen von weißem Wachs und zeigen die Neigung, die Oberfläche des Nährbodens allmählich als zusammenhängende dünne, weiche und leicht ablösbare Membran zu überziehen, während die Bacillen der Säugethiertuberkulose weit langsamer zu Kulturen auswachsen, die stets klein bleiben, wie gräuliche Schuppen aussehen, der Unterlage fest anhaften und eine gewisse Resistenz gegen Druck zeigen. Die Tuberkel der Hühnertuberkulose sind außerordentlich reich an Bacillen, die Knötchen der Säugethiertuberkulose arm daran; jene enthalten zahlreiche Riesenzellen. Bei den Säugethieren umgekehrt ist die Infiltration der Knötchen mit Lymphzellen erheblich, bei den anderen gering.

Frühere Untersuchungen des Verf. über das Schicksal des Bacillus anthrax, des Bacillus der Hühnercholera, des Friedländer'schen

Mikroben etc. im Hühnerei gestatten im Verein mit dem Dargelegten die allgemeinen Schlüsse, dass

1) der lebendige Hühnerembryo sich der Entwicklung der Mikroben widersetzt, die aus dem benachbarten Eiweiß in seine Gewebe eindringen, mögen sie nun für das ausgewachsene Huhn pathogen oder nicht pathogen sein;

2) der Hühnerembryo die dem ausgeschlüpften Huhn pathogenen Keime geradezu zerstören kann;

3) wo pathogene Keime der Zerstörung durch den Embryo entgehen, dieselben nach dem Ausschlüpfen des Hühnchens die specifische Krankheit hervorrufen können, entweder in akuter Form kurz nach Berstung des Eies, oder in chronischer Form längere Zeit nachher.

G. Sticker (Köln).

---

12. **Zagari.** Sul passaggio del virus tubercolare pel tubo digerente del cane.

(Giorn. intern. delle scienze med. 1889. Fasc. 9.)

Die aus dem Laboratorium der Cantani'schen Klinik hervorgegangene Untersuchung scheint uns von Interesse, weil mit dem Verhalten des Hundes gegenüber dem Tuberkelbacillus die Infektionsverhältnisse bei einem wenig disponirten Thiere studirt werden. Das weitere Studium dieser Verhältnisse — mit Variirung der Eintrittspforten — dürfte für die Kenntnis der Infektion bei dem freilich viel stärker, trotzdem immerhin nur mäßig disponirten Menschen nicht ganz ergebnislos bleiben und speciell vor einer Überschätzung der Infektion gegenüber der Disposition warnen.

Es wurde zunächst in der gewöhnlichen Nahrung bacillenreiches Sputum an Hunde mit verfüttert. Nach 10—20 Stunden zeigten sich in den Entleerungen gut färbbare Bacillen, um aus jenen erst wieder 2—3 (selten 5—6) Tage nach Aussetzen der Bacillenfütterung zu verschwinden. Die Hunde befanden sich während einer fortgesetzten derartigen Ernährung mit Sputum (bis 1875 g) oder auch mit perlsüchtigen Organen in gutem Ernährungszustand und blieben dauernd frei von Tuberkulose. Es wurde nun untersucht, welchen Umständen das Ausbleiben einer intestinalen Infektion zu danken war. Die mit den Fäces entleerten Bacillen waren, wie Impfversuche zeigten, in der That noch virulent. Wenigstens ein Theil von ihnen war demnach durch den Magensaft nicht geschädigt worden. Dass dem so war, bestätigte auch der Versuch mit dem ausgewaschenen Mageninhalt der Hunde. Derselbe schadete bei Einwirkung von 3—4 Stunden den Tuberkelbacillen noch nicht; nach 6stündiger Einwirkung erzeugten die Tuberkelbacillen beim Meerschweinchen nur noch eine langsam verlaufende Infektion, nach 7- bis 9stündigem Kontakt blieb letztere auf die Infektionsstelle beschränkt und bei noch längerer Einwirkung (18—20 Stunden) blieb sie ganz aus. Es handelte sich bei dem Hunde um Säuregrade von 0,1652‰ (auf ClH berechnet), während der Säuregehalt bei

Phthisikern mit scheinbar guter Verdauung zwischen 0,1045 und 0,033‰ schwankte. (Es ist bei diesen Zahlen die Gewinnung durch Auswaschen zu berücksichtigen. Ref.)

Da das Ausbleiben der Infektion nicht durch Zerstörung der Bacillen im Magen zu erklären war, so war es interessant, ihr Verhalten im lebenden Körper weiter zu verfolgen. Es zeigte sich, dass die Bacillen vom Darm aus zum Theil in die Gewebe übergehen: das Blut der mit Bacillen gefütterten Hunde war — freilich nur in großen Dosen — infektiös und eben so ließ sich mit der Lymphe des Ductus thorac., dem Leber-, seltener auch dem Milz- und Nierenparenchym Impftuberkulose erzeugen; histologisch waren dabei keine Abnormitäten vorhanden; der mikroskopische Nachweis der Bacillen war nur selten (in der Milz) zu führen. Wenn die Hunde also trotz des Eindringens der Tuberkelbacillen in die Gewebe gesund blieben, war in den letzteren der wesentliche Grund hierfür zu suchen. Junge Hunde verhielten sich übrigens in dieser Richtung eben so; denn ihr bei Sputumfütterung eintretender Tod ließ sich nur durch Intoxikation, nicht durch Infektion erklären.

Zur weiteren Aufklärung wurden noch Infektionsversuche mit Reinkulturen gemacht. Infektion des Unterhautgewebes erzeugte eine lokale, schließlich heilende Tuberkulose, Infektion der Pleura gab eine umschriebene Pleuren- und Lungentuberkulose (mit tödlichem Ausgang), intravenöse Infektion verlief erfolglos. Auf die Einführung der Bacillen reagirten die Thiere immer mit Fieber, welches Z. als heilsame Reaktion des Organismus ansieht.

Bei den Austrocknungs- und Erwärmungsversuchen, die mit den in den Fäces enthaltenen Bacillen gemacht wurden, zeigte sich trotz erhaltener Virulenz eine gewisse Verminderung der Resistenz. Während Bacillen aus Reinkultur 8 Tage eine Temperatur von 55° aushielten, waren die Tuberkelbacillen der Fäces schon nach 5 Tagen abgestorben. Eben so waren die Bacillen der Fäces nach Austrocknung von 60—90 Tagen nicht mehr infektiös, während Schill und Fischer Bacillen aus Reinkulturen viel längere Zeit infektiös fanden (andere Art der Austrocknung? Ref.).

Z. warnt davor, Hunde tuberkulöse Stoffe fressen zu lassen, weil durch die Fäces eine Verschleppung der Keime möglich ist.

H. Neumann (Berlin).

---

13. **L. Arnschink.** Versuche über die Resorption verschiedener Fette aus dem Darmkanale.

(Zeitschrift für Biologie N. F. Bd. VIII. p. 434.)

Aus Versuchen, die J. Munk angestellt hatte, war zu folgern, dass im Darmkanal die leicht schmelzbaren Fette der Nahrung besser ausgenutzt werden, als die bei Körpertemperatur fest bleibenden; indessen fehlten darüber noch eingehende systematische Versuche. Auch war noch die Frage zu entscheiden, ob von Fetten mit sehr hohem Schmelzpunkt überhaupt etwas zur Resorption gelangt.

Der Verf. hat sich desshalb der Aufgabe unterzogen, die Ausnutzung verschiedener Fettarten durch Experimente am Hunde festzustellen. Alle Versuche geschahen an einem Hunde von 8 kg Körpergewicht. Derselbe erhielt, zusammen mit Muskelfleisch, mehrere Tage lang entweder Tristearin oder Hammeltalg, Gänsefett etc.

In der That ergab nun die Untersuchung des Kothes, dass in der Ausnutzung dieser Fette große Verschiedenheiten bestehen, und dass ein Zusammenhang zwischen der Schmelzbarkeit und der Resorbirbarkeit deutlich sich erkennen lässt.

Folgende (abgekürzte) Tabelle giebt über die Versuchsergebnisse Auskunft:

Fettart	Verfüttert	Schmelzpunkt	Nicht ausgenutztes Fett
Stearin	20 g	60° (56)[1]	86,2 u. 91,0%
Schweinefett	100 g	34°	2,8%
Hammeltalg	100 g	49° (41)	7,4%
Gänsefett	50 g	25°	2,5%
Olivenöl	50 g	0 (0)	2,3%
Mischung von Stearin und Mandelöl	20 g	55° (38)	10,6%

Demnach werden also Fette, die bei niedrigerer als Körpertemperatur schmelzen (Schweinefett, Gänsefett, Olivenöl), bis auf geringe Mengen (2—3%) im Darmkanal aufgenommen. Fette, die einige Grade über der Körpertemperatur flüssig werden (Hammeltalg und Stearinmischung), entziehen sich der Resorption in größerer Menge (7—11%); sie sind bei Körperwärme zwar nicht flüssig, aber doch weich. Endlich werden die bei hohen Graden schmelzenden Fette (Stearin) nur in geringer Quantität resorbirt, da 86—91% davon den Darm unbenutzt verlassen.

O. Langendorff (Königsberg i/Pr.).

14. **W. Prausnitz.** Über den zeitlichen Verlauf der Ablagerung und des Schwindens des Glykogens.

(Zeitschrift für Biologie N. F. Bd. VIII. p. 377.)

Die Untersuchungen, die P. über den zeitlichen Ablauf der Glykogenbildung und des Glykogenschwundes angestellt hat, füllen eine merkliche Lücke aus. Er machte seine Beobachtungen an alten, nicht mehr legenden Hennen, die, wie er in Übereinstimmung mit Tscherinow darthun konnte, in 3—4 Hungertagen ihr Glykogen vollständig einbüßen. Die Glykogenbestimmung (nach Külz) wurde anfänglich vorgenommen an der Leber, den Muskeln, den übrigen Weichtheilen, den Knochen etc.; später wurde nur das Leberglykogen und das in einer Muskelprobe enthaltene bestimmt und aus letzterer Menge das im übrigen Körper enthaltene berechnet.

[1] Die in Klammern beigesetzten Zahlen sind die Erstarrungstemperaturen.

Nach Ablauf der Hungerzeit erhielten die Thiere eine Injektion von Rohrzucker (meistens etwa 25 g). Nach einer gewissen Anzahl von Stunden wurden sie getödtet und die Glykogenbestimmung ausgeführt.

Bezüglich des Leberglykogens ergab sich Folgendes: Seine Menge steigt bald nach der Nahrungsaufnahme rasch an, erreicht in der 12.—24. Stunde ihr Maximum und fällt, wenn dem Körper kein weiteres Material zur Glykogenbildung dargeboten wird, so schnell ab, dass schon nach 36 Stunden fast nichts mehr vorhanden ist. Ein Zusammenhang der Glykogenablagerung und der Gallenbildung ist somit nicht vorhanden, da die letztere einen ganz anderen Verlauf nimmt.

Erst nachdem der Glykogengehalt der Leber schon eine gewisse Höhe erreicht hat, fängt auch der des übrigen Körpers zu steigen an; von der 8. Stunde an ist er erheblich höher als der in der Leber. Er erreicht nach 20 Stunden sein Maximum, fällt dann erst schnell, dann langsam ab und erreicht seinen geringsten Werth gegen die 48. Stunde.

P. nimmt desshalb an, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen der Glykogenansatz zunächst in der Leber statthabe, und dass von dort aus erst die Vertheilung in die anderen Organe stattfinde. Andererseits erkennt er an, dass auch der Muskel an sich Glykogen zu bilden im Stande ist, wie das aus mehreren Arbeiten anderer Autoren, besonders auch denen von Külz, hervorgeht.

Nach dem Tode sah P. das Muskelglykogen (in Übereinstimmung mit Werther) schnell schwinden; schon nach 30—60 Minuten (bei 18° C.) fehlten 25—59%.

O. Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

15. Gay. Laryngismus.

(Brain 1890. Januar.)

Die vorliegende Studie vertieft sich mit bemerkenswerthem Erfolg in die Pathogenese des Laryngismus stridulus (Spasmus glottidis, Asthma infantum). Die eigenen Beobachtungen des Verf. bestätigen, was bisher über die Ätiologie und die Gelegenheitsursachen bekannt war: Die Häufigkeit neuropathischer Belastung, rachitischer Konstitution, das Prävaliren der zwei ersten Lebensjahre, die Auslösung des Anfalles durch Temperaturwechsel, Gemüthserregung, Schreien, Schlucken, die erhöhte Disposition im Schlaf, die erhöhte motorische Erregbarkeit, die als mechanische Übererregbarkeit (besonders auch im Facialisgebiet leicht nachweisbar), als Tetanie und als Anfall von partiellen oder allgemeinen Konvulsionen in die Erscheinung treten kann.

Verf. lässt die verschiedenen Theorien des Laryngismus Revue passiren, um dann eingehend darzulegen, dass nur diejenige Anschauung mit den physiologischen Thatsachen und dem klinischen Bilde in vollem Einklang steht, welche davon ausgeht, dass jedes Nerven-

centrum zur Zeit seiner Entwicklung sich noch in einem labilen Zustand befindet und der hemmenden Wirkung übergeordneter Centren erst später unterworfen wird. Spastische Zustände der Respirationsmuskeln sind daher schon normalerweise bei Kindern ungemein häufig, reflektorisch und central angeregt.

Sind die den Centren für die Stimmbandadduktoren übergeordneten Hemmungscentren nicht oder noch nicht funktionstüchtig (aus Gründen, die in der Konstitution, z. B. Rachitis, oder in der erblichen Disposition liegen), so werden reflektorische und centrale Einflüsse (Gemüthserregungen) den Symptomenkomplex des Laryngismus auslösen. Dass das im Schlaf besonders leicht geschieht, hat seine Analogie in der mangelhaften Kontrolle niederer durch höhere Centren überhaupt, wie sie u. A. in der nächtlichen Enuresis und Pollution in die Erscheinung tritt. Als besonders disponirendes Moment kommt noch hinzu, dass sich die phonatorische Thätigkeit der Adduktorengruppe entwickelt, deren Centrum noch nicht der genügenden Kontrolle unterworfen ist; es kann daher z. B. durch Schreien der Spasmus ausgelöst werden. Für die Auslösung des Anfalles durch den Schluckakt zieht Verf. einige Experimente heran, die eine innige Association des Schlingaktes mit Adduktion der Stimmbänder beweisen. Der New Yorker Laryngologe Mount Bleyer konnte sich bei einem Hunde, dem er den Schildknorpel gespalten hatte, überzeugen, dass mit jedem Schlingakt die Stimmbänder energisch adducirt wurden. Semon und Horsley beobachteten bei Reizung des Phonationscentrums beim Affen Schluckbewegungen und Adduktion der Stimmbänder, während der Kehlkopf in toto gehoben wurde.

Nach dieser Auffassung wäre der Laryngismus nur eine Theilerscheinung der »reizbaren Schwäche« (Meynert) auf angeborener oder erworbener neurotischer Grundlage, gleichwerthig beispielsweise der oft denselben Individuen eigenen Neigung zu Konvulsionen wegen Schwäche der corticalen Hemmungscentren. Es bestünde auch nur ein gradueller Unterschied zwischen dem voll entwickelten Laryngismus und ähnlichen, gelegentlich bei sonst ganz gesunden Kindern in Folge heftiger Gemüthserregung auftretenden Paroxysmen. Dass die Hemmungen dort durch die mannigfachsten an sich unbedeutenden Reize, hier nur durch einen sehr starken Reiz durchbrochen werden, ist das Entscheidende.

In der Therapie spielt die Besserung der Konstitution durch gute Ernährung (Leberthran) und die Versetzung in günstige Luftverhältnisse die Hauptrolle; daneben wird methodische Abhärtung empfohlen, um den Einfluss von Temperaturunterschieden auf die Anfälle herabzusetzen.

Die Prognose ist im Allgemeinen gut, besonders wenn es gelingt, die kleinen Pat. unter günstige hygienische Bedingungen zu bringen. Bei sehr impressionablen Kindern kann allerdings auch eine heftigere Gemüthserregung einen tödlichen Paroxysmus heraufbeschwören.

Tuczek (Marburg).

16. **Peyer.** Über Magenaffektionen bei männlichen Genitalleiden.

(Sammlung klin. Vorträge No. 356.)

Während Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane in der Ätiologie der Magenneurosen vielfach beobachtet und beschrieben worden sind, ist der Zusammenhang derselben mit Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane fast noch gar nicht berücksichtigt. Solche Reflexneurosen hat Verf. in etwa 300 Fällen beobachtet, welche durch Onanie, Abusus sexualis und Coitus reservatus bedingt waren. Die Diagnose der Zustände ist oft sehr schwierig und ist besonders durch die Anwesenheit der Produkte der chronischen Urethritis, Urethralfäden und der sog. Hodencylinder im spermahaltigen Urin zu stellen. Als Reflexneurosen des Magens bei chronischen männlichen Genitalleiden kommen Motilitäts-, Sensibilitäts- und Sekretionsneurosen vor. Verf. schildert diese der Reihe nach mit ihren einzelnen Erscheinungen und veranschaulicht seine Beschreibung durch Einflechtung zahlreicher selbst beobachteter Krankengeschichten. Zu den Motilitätsneurosen gehören die Atonie des Magens oder Gastroplegie, das nervöse Aufstoßen oder Eructatio, die Trommelsucht oder Pneumatose, der Krampf der Cardia und des Ösophagus, das nervöse Erbrechen, die Regurgitation, das Wiederkäuen, Ruminatio oder Merycismus, die peristaltische Unruhe des Magens (Kussmaul), die Magenkrämpfe. Die Sensibilitätsneurosen sind die Anorexie, Ekel und Abscheu vor dem Essen, die Akorie, die Bulimie, das Gefühl von Leere und Flausein, Übelkeit und Brechneigung, die nervöse Dyspepsie. Die Sekretionsneurosen beruhen auf erhöhter Reizung der sekretorischen Drüsen (Magensaftfluss), Hypersekretion meist mit Hyperacidität verbunden, und auf Erschöpfung der Sekretionsdrüsen (Anacidität). In den meisten Fällen sind mehrere Formen der nervösen Magenaffektionen bei einem Kranken vorhanden, oder sie lösen einander ab, oder wechseln mit anderen neuralgischen Erkrankungen ab. Die am häufigsten vorkommenden sind die Atonie, mäßige Pneumatose, Anorexie und Magenkrämpfe; die anderen sind seltener, am seltensten die peristaltische Unruhe, das nervöse Erbrechen, Regurgitation und Wiederkäuen. Bei Frauen sind heftig und häufig in Folge von Geschlechtskrankheiten die Eruktation, nervöses Erbrechen und jahrelang andauernde Kardialgien, welch letztere bei Männern sich nach den Erfahrungen von P. nie finden.

Die Magenkrämpfe hingegen, die bei leerem Magen auftreten, durch Genuss von Speise oder Trank sistiren und von eigentlichen Kardialgien sehr wohl zu unterscheiden sind, sind gerade dem männlichen Geschlecht eigenthümlich. Die Therapie hat sich im Allgemeinen gegen das Verhalten des Nervensystems und örtlich gegen die Genitalaffektion zu richten. **G. Meyer** (Berlin).

17. **Treves.** On the surgical treatment of typhlitis.

(Brit. med. journ. 1889. No. 1506.)

T. wendet sich zunächst gegen die noch vielfach angewandte Eintheilung der unter dem Namen Typhlitis zusammenzufassenden entzündlichen Processe in Typhlitis, Perityphlitis, Paratyphlitis und Appendicitis. Eine primäre Entzündung der Wandung des Coecum, unabhängig von Katarrh oder Ulceration der Schleimhaut giebt es nicht. Katarrh im Coecum kommt nur als Theil einer weiter verbreiteten Colitis vor und macht nur die Symptome einer solchen, nicht die einer Typhlitis. Da Coecum und Processus vermiformis Peritonealüberzug haben, kann ihre Perforation nicht ohne Weiteres zur Vereiterung des Bindegewebes in der Fossa iliaca führen. Eine primäre Entzündung dieses Bindegewebes ist nicht bekannt. Geschwüre im Coecum, die zu typhlitischen Erscheinungen führen, sind am häufigsten Folge von Kothanhäufung, seltener tuberkulös, dysenterisch oder typhös. Perforation des Coecum durch Fremdkörper ist im Gegensatz zu der des Wurmfortsatzes sehr selten (2mal unter 466 Fällen von »Typhlitis«.

Klinisch unterscheidet T. 2 Formen der Krankheit.

Die leichte Form ist die häufigere. Sie heilt meist bei nicht operativer Behandlung. Anatomisch stellt sie sich als ulcerativer Process im Coecum in Folge von Kothanhäufung dar.

Die schwere Form geht fast stets vom Wurmfortsatz aus und führt zur Eiterung. Hier ist eine operative Behandlung am Platze, jedoch nicht vor dem 5. Tage, da sich der Abscess fast nie früher nachweisen lässt. Probepunktionen sind zu verwerfen, da man durch dieselben einem Darmgeschwüre den Durchbruch erleichtern oder bei Meteorismus den Austritt von Darminhalt in die Bauchhöhle verursachen kann. Da ferner die pralle Anfüllung des Wurmfortsatzes mit fötidem Schleim eine sehr häufige Ursache typhlitischer Symptome ist, so kann das Anstechen dieses Theiles ebenfalls leicht zur Peritonitis führen.

Die besten Aussichten für die operative Behandlung bietet nach T.'s Erfahrung die rekurrirende Typhlitis. Die Kranken werden von häufigen, oft jedes Mal heftiger auftretenden Anfällen heimgesucht. In einem Falle geschah das innerhalb 17 Monaten 14mal. Die Rückfälle treten trotz der größten Vorsicht der Kranken auf und sind nicht durch Kothstauung verursacht. Hier hat man im Intervall zu operiren; man findet dann in der Regel den Wurmfortsatz abgeknickt oder gedreht und durch Schleim kolossal ausgedehnt. Nach seiner Entfernung tritt bleibende Heilung ein.

O. Koerner (Frankfurt a/M.).

18. **Sehrwaldt.** Welchen Einfluss übt die Einathmung heißer trockener Luft auf die Temperatur der Lunge?

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 15.)

In der vorliegenden Abhandlung weist Verf. die Haltlosigkeit der von Halter-Weigert angegebenen Methode der Behandlung der Lungentuberkulose nach. Auf Grund eigener Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden wichtigen Ergebnissen: heiße, trockene Luft, durch die Nase eingeathmet, vermag bei einer Temperatur von 50—350° die Wärme selbst nach $1^1/_2$stündiger Einathmung nur um höchstens 1° zu erhöhen. Dieselbe Erscheinung erfolgt schon beim forcirten Athmen durch Einathmung von Zimmerluft. Da bei der Heißluftathmung durch die Nase die Respiration beschleunigt und angestrengter wurde, darf die Erhöhung der Lungentemperatur zum großen Theile, wenn nicht ausschließlich, der Respirationsänderung zugeschrieben werden, um so mehr, da schon in den großen Bronchien die Luft wieder unter die Rectaltemperatur abgekühlt ist. Die Schleimhaut der Trachea ist gegen heiße trockene Luft viel empfindlicher, als die von Mund und Nase. Trockene Luft direkt in die Trachea geleitet, wird höchstens bis 80° noch ertragen. Die Frequenz der Respiration geht durch das direkte Einleiten trockener Luft von 80 auf 144 in der Minute und höher hinauf. Die Lungenwärme steigt gleichzeitig noch nicht einmal einen Grad. Die Ansicht Halter's, die Tuberkelbacillen würden durch ein öfteres kurzes Erwärmen bis 41° getödtet oder in ihrer Virulenz geschwächt, ist völlig unerwiesen. Wäre sie richtig, so würden die im Lungengewebe wuchernden Bacillen nur durch eine Erwärmung des Lungengewebes selbst geschädigt und unschädlich gemacht werden können. Die Versuche zeigen, dass eine zu diesem Zwecke genügende Steigerung der Lungentemperatur sich weder durch Einleiten maximal heißer trockener Luft in die Nase, noch direkt in die Trachea erzielen lässt.

Peiper (Greifswald).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

19. **Obermeier** (Wien). Modifikation der Jaffe'schen Indicanprobe.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 9.)

Der Harn wird mit Bleizuckerlösung ausgefällt, das Filtrat mit dem gleichen Volumen rauchender Schwefelsäure, der etwas Eisenchlorid zugesetzt ist (1—2 zu 500), vermischt; das gebildete Indigoblau setzt sich mit dem zugegebenen Chloroform zu Boden. **Prior** (Köln).

20. **S. Fubini.** Sul passaggio della morfina nel latte della donna.

(Gaz. degli ospit. 1890. No. 5.)

Den Versuchen Pinzani's gegenüber, aus welchen die völlige Unschädlichkeit der Milch von einer mit großen Gaben Opium oder Morphium behandelten Mutter für den Säugling hervorgehen soll, hebt F. eine Beobachtung hervor, in welcher ein Säugling thatsächlich durch die opiumhaltige Milch seiner Amme und Mutter vergiftet wurde. Er erinnert an die Erfahrungen Scherer's und Paladino's bezüglich des Übergangs von Opium in die Milch; an den Fall von Haw-

thorn, in welchem ein 7 Wochen altes Kind, durch die morphiumhaltige Milch seiner Amme vergiftet, mittels Kaffee per os und per rectum gerettet wurde.

G. Sticker (Köln).

21. **G. Bombicci.** Sulla virulenza delle capsule surrenali del coniglio, nella rabbia.

(Riforma med. 1890. No. 79.)

Aus den Experimenten des Verf. geht hervor, dass die Nebennieren von Kaninchen, welche mit Wuthgift geimpft wurden, virulent sind und dass die Virulenz keineswegs auf einer postmortalen Diffusion des Wuthgiftes beruht. Die Virulenz ist eine mäßige und der milde Verlauf der Infektion und die relativ lange Dauer des Krankheitsbildes, welches die mit Nebennierenpartikeln geimpften Thiere darbieten, dürften auf eine geringere Ansammlung von Virus in den Nebennieren hinweisen, als im Centralnervensystem statthat. **G. Sticker** (Köln).

22. **A. Tiraboschi.** Emoglobinuria e malaria.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1890. März 15.)

Klinische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen der Haemoglobinuria malarica und der Haemoglobinuria ab Chinino (Febris icterohaematurica ab chinino — Tomaselli), welche nach den Beobachtungen des Verf. nicht aus der Art der klinischen Symptome, sondern nur aus dem Verlauf gestellt werden kann. Beide Formen treten paroxysmal auf. Die vom Chinin hervorgerufene Hämoglobinurie beginnt plötzlich, 4, höchstens 6 Stunden nach der ersten Chiningabe und ist in kurzer Zeit mit allen klinischen Symptomen ausgebildet. Die von der Malaria abhängige Form zeigt sich unabhängig von dem Zeitpunkt der Chinindarreichung, meist zur Zeit des Fieberabfalles; sie ist jedenfalls da anzunehmen, wo zwischen der letzten Chinindarreichung und dem Auftreten der Hämoglobinurie mehr als 10 Stunden liegen. **G. Sticker** (Köln).

23. **Galvagni e Mazzotti.** Contributo allo studio dell' idrope anasarca essenziale.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1889. Hft. 11 u. 12.)

Die Verff. beschäftigen sich mit jenen Formen von allgemeinem Hydrops oder Anasarca, welche unabhängig von Nierenaffektionen oder Blutdyskrasien entstehen und zu deren Erklärung die älteren Autoren eine starke Kälteeinwirkung annahmen. Diese Lehre hat in neuester Zeit eine Stütze erfahren durch die seit Quincke mehrfach, u. A. auch vom Ref., publicirten Beobachtungen über akutes umschriebenes Hautödem, zu dessen Zustandekommen ebenfalls eine Einwirkung der Kälte auf den vasomotorischen Apparat herangezogen wurde. Die Verff. geben nun, auf sine Anzahl eigener oder fremder Beobachtungen gestützt, eine ausführliche Beschreibung der Ätiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie des Anasarca essentiale oder a frigore, wie sie es nennen. In der Abhandlung wird eine sehr sorgfältige Zusammenstellung der Litteratur geboten und zum Schluss betonen die Verff., dass ihnen keine andere Theorie so plausibel erscheine als die der Kälteeinwirkung resp. des rheumatischen Einflusses. **Joseph** (Berlin).

24. **Predöhl.** Untersuchungen zur Ätiologie der Peritonitis.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 2.)

25. **E. Fraenkel.** Zur Ätiologie der Peritonitis.

(Ibid.)

P. macht Mittheilung über die Resultate seiner Untersuchungen von 14 Fällen von Peritonitis. In 4 dieser Fälle nur wurde ein Mikroorganismus gefunden und zwar 1mal ein kleiner Coccus und 3mal Streptococcus pyogenes, während in den übrigen Fällen ein Gemisch von Pilzen vorlag. Von dem Peritonealexsudat wurden Plattenkulturen (Gelatine) angelegt und ein Theil des Exsudates zu peritonealer Impfung verwandt (weiße Mäuse und Meerschweinchen), doch gelang es nicht, eine Peritonitis zu erzeugen. Die eingegangenen Thiere erlagen einer Septikämie.

Von Interesse ist, dass in dem einen Falle von puerperaler Peritonitis es sich um eine Kokkeninfektion (entgegen den Befunden von Bumm) und in 4 Operationsperitonitiden 1mal um ein Gemisch von Mikroorganismen und 3mal um Streptococcus pyogenes (wiederum abweichend von Bumm) gehandelt hat. —

Auch F. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu Resultaten und Schlüssen, die von Bumm's Ausführungen abweichen, da F. eine principielle Unterscheidung der eitrigen Peritonitis in eine septische und putride (Bumm) weder auf Grund seiner bakteriologischen Befunde, noch seiner klinischen Erfahrung anerkennen kann. Nur darin stimmt er mit Bumm überein, dass die Streptokokkenreinkulturen enthaltenden Exsudate völlig geruchlos sind. F. macht besonders darauf aufmerksam, dass es bei den Kulturversuchen nothwendig sei, Glycerin-Agar zu verwenden und ausschließlich bei Bruttemperatur zu kultiviren, wenn der Streptokokkennachweis jedes Mal gelingen soll. Auf Grund experimenteller Untersuchungen ist F. zu der Überzeugung gelangt, dass der in den Exsudaten gefundene Streptococcus mit dem Streptococcus erysipelat. als identisch angesehen werden müsse. **Seifert** (Würzburg).

26. **M'Carthy.** Acute intestinal obstruction, probably due to embolism of several terminal branches of the superior mesenteric artery.

(Lancet 1890. März 22.)

Ein 77jähriger Mann erkrankte in der Rekonvalescenz von Influenza mit Frost und heftigen Schmerzen im rechten Hypogastrium. Dazu kam Erbrechen und Stuhlverstopfung, welche beide Erscheinungen 6 Tage lang bestanden. Es wurden auch während dieser Zeit weder Darmgase, noch Blut oder Schleim durch den Darm entleert. Als der Kranke jetzt in das Spital gebracht wurde, konstatirte man Facies hippocratica, trockene Zunge, elenden Puls, Erbrechen grüner Massen, keine Auftreibung des Bauches, wohl aber einzelne stark gelähmte Darmschlingen. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie fand man, dass bereits eine Darmperforation eingetreten war. 10 Stunden später starb der Kranke. Die Sektion ergab Folgendes: Hypertrophie des linken Ventrikels, Atherom an den Aortenklappen und im ganzen Verlauf der Aorta. An vielen atheromatösen Stellen fibrinöse Auflagerungen, die theilweise in dem Lumen des Gefäßes flottiren. Der untere Theil des Ileum zeigt starke Kongestion. Die Perforation befindet sich in dem kongestionirten Theil etwa 12 Zoll von der Ileo-Coecalklappe entfernt. Unterhalb der kongestionirten Schlinge war der Darm kollabirt und leer. Am Mesenterium Ekchymosen und Verstopfung einiger zu der erkrankten Darmschlinge führenden Gefäße. M'C. glaubt nun, dass das in Folge der Embolien funktionell ausgeschaltete Darmstück gerade so wie eine eingeklemmt gewesene, aber wieder befreite Darmschlinge durch ihre physiologische Unthätigkeit zur Obstruktion geführt habe und betont die praktische Wichtigkeit der Beachtung eines solchen Vorkommnisses.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

27. **A. Viti.** Di una ulcerazione varicosa dell' esofago, causa di morte per emorragia.

(Riforma med. 1890. No. 17 u. 18.)

Ein Fall von Ulcus oesophagi, welches auf dem Boden einer varikösen Erweiterung einer submukösen Vene im unteren Drittel des Ösophagus entstanden war und durch schwere Blutungen den Tod herbeiführte. Ein Grund für die Varixbildung konnte trotz genauer anatomischer Untersuchung nicht gefunden werden; das Bestehen einer Lebercirrhose insbesondere ist ausgeschlossen.

G. Sticker (Köln).

28. **L. Kamen.** Zur Ätiologie der Typhuskomplikationen.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 3 u. 4.)

K. erörtert die Frage der pathogenen Thätigkeit des Typhusbacillus, so wie die Einflussnahme desselben auf die Komplikationen der Erkrankung. Währenddem sich bis zum Jahre 1886 die Lehre von der Mischinfektion behauptete, spre-

chen die seit dieser Zeit gewonnenen bakteriologischen Befunde dafür, dass auch die Komplikationen des Typhus vom Typhusbacillus hervorgerufen seien und K. berichtet über einen mit Meningitis komplicirten Typhusfall, der diese Ansicht unterstützt. Die Sektion eines nach 9tägiger Krankheit verstorbenen 41jährigen Soldaten ergab: Typhus abdominalis, Meningitis acuta. Die Untersuchung des meningitischen Exsudates ergab das Vorhandensein von gleichmäßig vertheilten Stäbchen, welche vermöge ihrer Form, Größe und Eigenthümlichkeit der Färbung als den Typhusbacillen vollkommen ähnlich bezeichnet werden müssen; dessgleichen ließen sich daraus auch Typhusbacillen in Reinkultur züchten. K. deutet diesen Befund als eine Erweiterung der pathogenen Eigenschaften des Typhusbacillus und meint, dass man es demnach in einzelnen Fällen von Komplikationen des Typhus mit wahren Metastasen des Typhusgiftes zu thun habe.

S. Grossmann (Wien).

29. **L. Zacchi.** Epilessia riflessa da catarro e dilatazione dello stomaco.

(Sperimentale 1890. Januar.)

Ein 24 Jahre alter Arbeiter, der seit 10 Jahren an regellos, aber häufig auftretenden epileptischen Anfällen litt, ergab weder in der Anamnese noch im körperlichen Status einen bemerkenswerthen Anhaltspunkt für eine andere Auffassung seines Leidens als die einer idiopathischen Epilepsie. Auch die ärztliche Beobachtung mehrerer Anfälle ließ keine besonderen Abweichungen von dem typischen Bilde der letzteren erkennen. Die Thatsache, dass sehr häufige dyspeptische Beschwerden bei dem Kranken hervortraten und einem epileptischen Anfall in der Regel das Gefühl schweren Unwohlseins, mitunter Übelkeit und Erbrechen vorhergingen, dass in der letzten Zeit der Appetit nachließ und ein großes Durstgefühl bestand, wurde natürlich mit dem objektiven Befund einer ausgesprochenen Magenerweiterung und eines begleitenden schleimigen Magenkatarrhes in Zusammenhang gebracht, aber zunächst für die epileptischen Zufälle als bedeutungslos erachtet. Die mehrmonatliche Beobachtung indess ließ neben der Wirkungslosigkeit oder vielmehr der Schädlichkeit einer wochenlangen Bromkaliumkur (2—8 g pro die) die Vermuthung aufsteigen, ob nicht zwischen der Epilepsie und dem abnormen Zustand des Magens ein direkter Zusammenhang bestehe; die Vermuthung stützte sich darauf, dass mit einer sorgfältigen Regelung der Diät (Milch, Eier, Fleischpulver) und einer medikamentösen Behandlung des Magens (Natr. bicarbon., Magnesia usta, Ext. nucis vomicae) nicht nur das Allgemeinbefinden des Kranken, Appetit und Körpergewicht zunahmen, sondern auch die Anfälle seltener wurden; sie wurde zur Gewissheit, als nach einer mehrmaligen Ausspülung des Magens zugleich die Verhältnisse des letzteren sich bald als normale herausstellten und die Epilepsie, mit welcher der Kranke 10 Jahre lang behaftet gewesen, völlig verschwand und bei strengem diätetischem Verhalten nunmehr weit über 1 Jahr ausgeblieben ist.

Verf. stellt seine Beobachtung in eine Linie mit den von Chomel als »sympathische Störungen bei Dyspepsie« betonten nervösen Symptomen und dem von Trousseau als Vertigo ab stomacho laeso erörterten Phänomen. Er erwähnt auch in Kürze einer eigenen Beobachtung von Aphasia transitoria reflexa ab indigestione. Schließlich vermuthet er, dass in manchen der durch Kalomel abortiv gemachten Fällen von Typhus es sich nicht um die letztere Krankheit, sondern um eine einfache Febris gastrica mit Intoxikation durch »Gastrotoxine« gehandelt haben dürfte.

G. Sticker (Köln).

30. **Keller** (London). Trephining in a case of actinomycosis of the brain.

(Brit. med. journ. 1890. März 29.)

Eine 40jährige Frau erkrankte im Herbst 1885 an Pleuritis. Anfang 1886 bildeten sich zwei Abscesse auf dem Knorpel der 6. und auf der 11. linken Rippe, die Aktinomyceskörner enthielten. Im Februar 1888 stellte sich Schwäche im linken Arm

ein. Bald darauf kamen Krämpfe im linken Arm dazu und die Parese befiel auch das linke Bein und die linke Gesichtshälfte. Kopfschmerz, Erbrechen und Bewusstlosigkeit stellten sich weiterhin ein; zuletzt lag die Kranke in tiefem Koma. Jetzt wurde über der Mitte der rechten aufsteigenden Parietalwindung trepanirt und ein 2 Unzen Eiter enthaltender aktinomykotischer Hirnabscess entleert. Noch auf dem Operationstische erwachte die Kranke aus ihrem Koma und war 2 Monate nach der Operation bis auf eine geringe Schwäche im linken Arm und leichte Fingerkontrakturen geheilt. Ende des Jahres traten jedoch die schweren Hirnsymptome wieder auf und, obwohl nochmals an derselben Stelle Eiter aus dem Gehirn entleert wurde, trat der Tod am 4. Januar 1889 ein. Bei der Sektion fand man an der Stelle des geheilten Abscesses reichliches neugebildetes Gewebe und darunter in der weißen Substanz einen uneröffneten abgekapselten Abscess.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

31. **Erdmann.** Report of a case of cerebro-spinal meningitis, with remarkable diminution in the number of respirations.

(New York med. journ. 1890. Januar 25.)

Im Verlauf einer Cerebrospinalmeningitis bei einer 27 Jahre alten Krankenpflegerin sank auf der Höhe der Erkrankung die Zahl der Athemzüge von 17 auf 9, dann auf 6, ja auf 2—3 in der Minute. Die Kranke genas vollkommen. Vor ihrer Erkrankung an Genickstarre hatte sie eine an der nämlichen Erkrankung leidende Person gepflegt.

Prior (Köln).

32. **Kutscherski.** Zur Kasuistik der respiratorischen Hysterie. (Ein Fall von hysterischem Husten.)

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 8.)

Ein 14jähriges Dienstmädchen, deren Familienverhältnisse sehr unglückliche waren, erkrankte an einer eigenthümlichen Art von Husten, der sich ohne Weiteres als hysterischer erkennen ließ, da er sich von allen anderen Hustenformen durch sein Timbre und seinen Rhythmus unterschied. Der Husten war ununterbrochen, mit unerträglicher Regelmäßigkeit, gleich dem Pendelschlage einer Uhr und hörte nur ihm Schlafe auf. Von sonstigen hysterischen Störungen war noch nachweisbar: Herabsetzung der Empfindlichkeit im Rachen, vollständige Anästhesie der linken Körperhälfte, linksseitige Anosmie. Der Husten konnte durch Faradisation bezw. Aufsetzen der Elektroden (Suggestion) auf einige Zeit unterbrochen werden.

Seifert (Würzburg).

33. **A. Meyer** (Würzburg). Beitrag zur Kasuistik des koordinatorischen Stimmritzenkrampfes.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 4.)

Die Beobachtung stammt aus dem Seifert'schen Ambulatorium; sie betrifft ein 12 Jahre altes Mädchen, welches, aus gesunder Familie stammend, schon seit 2 Jahren exquisit hysterische Störungen darbot. Im Juni 1889 verlor das Kind plötzlich in Folge eines Schreckens die Sprache vollständig; zeitweise vermochte das Kind dann wieder für kurze Zeit — höchstens $1^1/_2$ Stunde lang — in normaler Weise zu sprechen. Bei der Untersuchung im Juli zeigte sich, dass für die Respiration kein Hindernis vorlag, dass die Stimmbänder bei der Athmung normal funktionirten; sobald aber die Pat. aufgefordert wurde, einen Vokal zu intoniren, traten die Taschenbänder ganz dicht an einander und auch die Aryknorpel rückten zusammen, so dass ein Ton nicht gebildet werden konnte. Wurde die Phonation forcirt, so traten Schmerzen im Halse auf und eben so eine leichte Cyanose. Mitbewegungen der Extremitäten und der mimischen Gesichtsmuskeln wurden nicht beobachtet. Cocainpinselungen waren erfolglos, dagegen führten methodische Sprachübungen und moralische Erziehung der zu Hause vernachlässigten Pat. zur raschen Genesung, welche einmal durch einen vorübergehenden plötzlich auftretenden neuen Sprachverlust unterbrochen wurde.

Prior (Köln).

34. **G. de Rosa.** Cura profilattica della scarlatina.

(Giorn. internaz. delle scienze med. 1890. Fasc. 3.)

Die Empfehlung der Salicylsäure als eines Prophylakticums gegen die Scarlatina durch Parkes bewog Verf. zu weiteren Prüfungen der Wirksamkeit jenes Mittels bei Kindern, welche bereits in Berührung mit scharlachkranken Geschwistern und anderen Hausgenossen gewesen waren und bei denen der Ausbruch der Krankheit zu befürchten stand. Die Salicylsäure wurde den Gesunden in Tagesgaben von 0,1—0,3 g je nach dem Alter des Kindes gereicht und zwar so lange, bis die Abschuppung bei den Kranken vollendet war. In 27 Fällen von Scharlacherkrankung wurde an 66 gesunden Kindern das Mittel in der angedeuteten Weise versucht; nur 3 der letzteren erkrankten an Scharlach; die übrigen 63 blieben trotz dauerndem Verbleibens im Hause, selbst bei ungehindertem beständigen Verkehr mit den Kranken, verschont. Die erwähnten 3 Fälle verliefen sehr leicht, wiewohl in 2 die Ansteckung Seitens schwer erkrankter Pat. stattgefunden hatte; bei ihnen war 2mal die Darreichung der Salicylsäure nachlässig und in zu geringer Menge geschehen; das 3. Mal zu spät, in so fern die Kontagion hier bereits 4 Tage gewirkt hatte.

G. Sticker (Köln).

35. **J. Fabry.** Über Onychomycosis favosa.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Fälle obiger Erkrankung sind immerhin selten und desshalb verdient jede genaue Beobachtung großes Interesse. Verf. ließ es sich besonders angelegen sein, mit allen Hilfsmitteln unserer heutigen mikroskopischen Technik über das Verhältnis der Achorionpilze zu der erkrankten Nagelsubstanz Klarheit zu gewinnen. Dabei stellte sich heraus, dass eben so wie an der Haut, so auch am Nagel das Terrain, in welchem sich die durch den Favuspilz bedingten Vorgänge abspielen, der epitheliale Theil ist. Selbst nach langem Bestehen ist von einem Eindringen der Pilze in die Cutis keine Rede. Das Vordringen und die Weiterverbreitung der Pilze zwischen den Epidermisschichten ist ein aktives, nicht dass dieselben mechanisch mit der fortschreitenden Proliferation und Umwandlung der Schleimschicht in Hornschicht an andere Stellen verschleppt werden. Die Hauptbrutstätte für die Achorionpilze ist am Nagelgewebe zwischen Coriumpapillen und den Epithelzapfen zu suchen; von hier aus dringen die Pilze in die oberen Schichten nicht verhornter Epidermis. In den Hornschichten des Nagels ist kein eigentlicher Nährboden für dieselben. Hierdurch erklärt sich das Zustandekommen der Mumifikation des Nagels, indem durch die zwischen Coriumpapillen und Epithelzapfen des Rete Malpighii gelagerten Pilze die Epithelschichten von den ernährenden Gefäßen der Lederhautpapillen abgeschnitten werden.

Joseph (Berlin).

36. **Elsenberg.** Über den Favuspilz bei »Favus herpeticus«.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Bekanntlich hat Quincke beim Favus 3 Pilze (den α-, β-, γ-Pilz) gefunden und speciell angenommen, dass der Favus herpeticus durch den α-Pilz hervorgerufen werde. Verf. hat bereits in einer früheren Arbeit (cf. mein Referat in diesem Centralblatt) Untersuchungen veröffentlicht, wonach er nur den β- und γ-Pilz aus den Sekreten des Favus züchten konnte; er fasste beide als Abarten eines Pilzes auf und bezeichnete sie als Varietät I und II des Favuspilzes. In der vorliegenden Arbeit hat E. nun besonders sein Augenmerk auf die Züchtung des α-Pilzes beim Favus herpeticus gerichtet. Indess misslangen alle diese mit großer Mühe angestellten Versuche und immer nur wurde ein Favuspilz gefunden, welcher in den betr. Fällen gleichzeitig Favus des Kopfes und der ganzen Hautoberfläche hervorrief, theils in ausschließlich herpetischer Form, theils hier und da auch an der Haut charakteristische Scutula producirend.

Joseph (Berlin).

37. **J. Neumann.** Die Prophylaxis der Syphilis. Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutionsfrage.

(Klin. Zeit- u. Streitfragen Bd. III. Hft. 5.)

Die wichtigsten der vom Verf. angestrebten Forderungen sind folgende: Die Prostitution ist von den staatlichen Behörden genau zu überwachen, die geheime Prostitution ist so weit als möglich zu unterdrücken. Während der Dauer des kondylomatösen Stadiums ist den Prostituirten die Ausübung ihres Gewerbes streng zu untersagen. In Bezug auf Soldaten, Matrosen etc. prophylaktische Belehrungen und Instruktionen, periodische genaue Untersuchungen, möglichst frühzeitige genügend lange dauernde energische Behandlung, ambulatorische Nachbehandlung. Häufige ärztliche Untersuchungen der Bediensteten in den Gewerben und Fabrikétablissements durch Genossenschafts-, Fabriks-, Krankenkassenärzte. Specielle genaue Beaufsichtigung der die Syphilisübertragung bekanntermaßen zumeist vermittelnden Gewerbe. Überwachung des Ammen- und Findlingswesens, der Impfung, der Circumcision. Einführung der Syphilis als obligater Lehr- und Prüfungsgegenstand an sämmtlichen medicinischen Fakultäten. Sorge für genügende Anzahl entsprechender Spitäler zur Aufnahme der Syphilitischen, Einrichtung von Ambulatorien und Armenapotheken. **Joseph** (Berlin).

38. **J. Schütz.** Mittheilungen über mikroskopische Präparate von Lupus erythematosus.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Aus der mikroskopischen Untersuchung eines total exstirpirten Lupus erythemat. discoides von dem Hinterkopfe einer älteren Dame ging hervor, dass die ersten pathologischen Veränderungen an den Gefäßen des Papillarkörpers auftreten, dass aber dem drüsigen Theile der Haut und namentlich den Talgdrüsen für die Entwicklung der Krankheit ein hervorragender Antheil zukommt, indem die Hypersekretion dieser Theile einen der Reize abgeben kann, welche die Bildung der Exsudatzellen und des lupösen Infiltrates veranlassen. Dies ist nach dem frühzeitigen Auftreten der Infiltrate um die Mündungsstellen der Talgdrüsen in der erweiterten Haartasche sehr wahrscheinlich und deckt sich außerdem mit der häufigen klinischen Thatsache, wonach Lupus erythem. sich aus einer lokalen Seborrhoe, einer Acne rosacea u. dgl. entwickelt. **Joseph** (Berlin).

39. **Audry.** Syphilide pigmentaire généralisée.

(Annal. de dermat. et syph. 1890. No. 2.)

Von einer 33jährigen, syphilitisch inficirten, phthisischen Person, welche an einer verbreiteten Pigmentsyphilis litt, wurden 8 Stunden nach dem Tode einige Hautstücke zur mikroskopischen Untersuchung excidirt. Es fand sich eine erhöhte Pigmentproduktion an einzelnen Hautstellen und dieses Pigment saß in den tieferen Schichten des Rete Malpighii resp. den oberen Lagen des Coriums. Die Anschauung Riehl's, dass nicht in der Pigmenthypertrophie, sondern in den zwischen den pigmentirten Stellen gelegenen atrophischen Vitiligoflecken das Wesentliche der Erkrankung zu suchen sei, wird von dem Verf. für irrig gehalten.

Joseph (Berlin).

40. **M. Benedikt.** Die Neurosen des Harn- und Sexualapparates.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 5 ff.)

Von den Neurosen des Harnapparates bespricht B. die Enuresis nocturna und den Tenesmus der Blase; von den nervösen Erkrankungen im Bereiche der Sexualsphäre die Pollutionen und die verschiedenen Formen der Impotenz. Die Enuresis nocturna bezeichnet B. als eine fast immer mittels elektrischer Behandlung heilbare Krankheit, im Gegensatz zum Blasentenesmus, der oft jeder Therapie trotzt. Über die Erfolge der hypnotischen Behandlung verfügt B. über keine eigenen Erfahrungen.

Bei den verschieden Formen der Impotenz hebt B. als Kontraindikationen der Behandlung: hohes Alter und chronische Gehirn- und Rückenmarkserkrankun-

gen hervor und legt das Hauptgewicht in der Therapie auf elektrische und hydriatische Behandlung. In neuerer Zeit will B. auch in der Suspensionsbehandlung ein wirksames therapeutisches Mittel kennen gelernt haben.

S. Grossmann (Wien).

41. **Classen.** Pyaemia, a sequel to Gonorrhoea.

(Albany med. annals 1890. März.)

Ein 32jähriger Gonorrhoiker erkrankte an multipler Arthritis gonorrhoica, welche beide Handgelenke, so wie (welche?) Fingergelenke und beide Artic. sternoclaviculares betheiligte. In der 3. Woche darauf Schüttelfröste, profuse Schweiße, hohe Temperatur, Delirien; Tod in der 4. Woche. Sektion wurde nicht gemacht. (Es dürfte sich wohl um eine Endocarditis genorrh. gehandelt haben. Ref.)

A. Freudenberg (Berlin).

42. **Biró.** Merkurbehandlung bei Blennorrhoea urethrae.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 15. — Excerpt aus Gyógyászat 1890. No. 1.)

B. behandelte, nachdem er in 3 Fällen eine chronische Gonorrhoe unter dem Einflusse einer wegen Lues unternommenen Schmier- resp. Sublimatspritzkur hatte ausheilen sehen, 30 Fälle von Tripper mit Kalomel (welche Dosen? intern oder in subkutaner Injektion?). Unter den 33 Fällen waren 14 chronische, 19 akute Gonorrhöen. In allen Fällen, außer einem, der excedirte und die »Ordination nicht einhielt«, soll Heilung eingetreten sein innerhalb 12—22 Tagen. (Das Resultat wäre namentlich bei chronischen Gonorrhöen merkwürdig, um so merkwürdiger, da die »goutte militaire« sehr häufig bereits der Ausdruck einer Striktur ist. Ref. hat Ähnliches bei Schmierkuren jedenfalls nicht beobachten können.)

A. Freudenberg (Berlin).

43. **Casper.** Elastische Quecksilberbougies.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

C. stellt elastische Bougies her, indem er die bekannten französischen elastischen Bougies mit Quecksilber ausgießt. Alle Nummern (selbst No. 7 Charrière) können damit gefüllt werden. Die Öffnung der kleinsten wird direkt, die der größeren nach Einbringung eines guten Korken mit bestem Schellack verschlossen. Der Preis ist nur wenig höher als der der gewöhnlichen Bougies. Ihre Vorzüge bestehen in ihrer Schwere, bei großer Schmiegsamkeit und Festigkeit, so dass sie vor Allem viel leichter hineingleiten, nicht leicht umknicken und falsche Wege bahnen, andererseits aber nicht so schmerzhaft sind, wie starre Instrumente. Man muss nur dafür sorgen, dass die Bougies eine intakte Wand besitzen, da jeder Bruch oder Riss die Gefahr des Eindringens von Quecksilber in die Blase bietet.

Rosin (Breslau).

44. **Leubuscher.** Über die Behandlung der Lungentuberkulose mittels des Krull'schen Apparates.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 5.)

L. glaubt auf Grund seiner Beobachtungen bei 30 Pat., welche er mittels der Krull'schen Methode behandelt hat, dieses Verfahren empfehlen zu können. Bei einem Theile der Pat. nützte die Behandlung absolut nichts; bei anderen ließ sich eine mehr oder weniger erhebliche Besserung konstatiren, bei einer dritten Reihe konnte hingegen von einer Heilung des Processes gesprochen werden. Die Pat. fühlten sich fast ausnahmslos während und nach der Inhalation subjektiv wohl, nie wurden üble Nebenwirkungen, nie Hämoptoe beobachtet.

Peiper (Greifswald).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 41. **Sonnabend, den 11. Oktober.** **1890.**

Inhalt: 1. **Charrin** und **Roger**, Wirkung des Blutserums auf Bakterien. — 2. **Alonzo**, Kältewirkung auf periphere Nerven. — 3. **Gabbi**, Fortpflanzung des Athemgeräusches durch die Magengegend. — 4. **Renaut**, Segmentäre chronische Myocarditis. — 5. **Eiselsberg**, Tetanie nach Kropfoperationen. — 6. **Bircher**, Myxödem. — 7. **Meynert**, Delirium tremens. — 8. **Flesch**, Behandlung des Stimmritzenkrampfes.
9. **Nicaise**, Fensterventilation. — 10. **Ortmann** und **Samter**, Eiterungen durch Pneumoniecoccus. — 11. **Williams**, Pneumothorax bei Phthise. — 12. **Dor**, Intratracheale Injektion von Kreosotöl bei Phthise. — 13. **Dennison**, Drainage einer Lungenkaverne. — 14. **Laborde**, 15. **Laboulbène**, Lungenerysipel. — 16. **Goldschmidt**, Vaccination. — 17. **Pick**, Cystöse Degeneration des Gehirns. — 18. **A. Strassmann**, 19. **Lauch**, Hysterie. — 20. **Richter**, Traumatische Psychose. — 21. **Rossolimo**, Gliomatose eines Hinterhorns des Rückenmarkes. — 22. **Dreyfuss**, Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur bei Tabes. — 23. **Crossfield**, Epilepsie durch Nasenerkrankung. — 24. **Ehrmann**, Acidum trichloraceticum bei Nasen- und Rachenerkrankungen. — 25. **Prevost**, Neue Heilmittel. — 26. **Fraser**, Exalgin. — 27. **Riess**, Antipyrese. — 28. **Pollak**, Leuchtgasvergiftung.

1. **Charrin** et **Roger**. Action du sérum des animaux malades ou vaccinés sur les microbes pathogènes.

(Journ. d. soc. scient. 1889. November 13.)

Der Bacillus pyocyaneus ist in Frankreich stets mit vieler Liebe studirt. Kaninchen lassen sich nach den französischen Untersuchungen mit größeren Mengen inficiren, so wie auf verschiedene Weise vacciniren. Es wurde nun untersucht, wie es sich bei Infektion oder nach Vaccination mit dem Bac. pyocyaneus mit der bakterientödtenden Fähigkeit des Blutserums verhält. Wurde ein inficirtes Kaninchen in der Agone durch Aderlass getödtet und das Serum nach 48 (!) Stunden mit dem Bac. pyocyaneus geimpft, so trat keine wesentliche Entwicklung desselben ein. Das Serum von Kaninchen, welche vor 2—5 Tagen geimpft waren, ließ den Pyocyaneus nur zu ganz spärlicher, wenn gleich schon etwas stärkerer Entwicklung kommen, während er im Serum gesunder Thiere üppig gedieh. Später

verwischen sich übrigens diese Unterschiede. Im Gegensatz zu den im gesunden Blut gewachsenen Bacillen sind die Bacillen der beiden anderen Blutarten in ihrem Wachsthum schwächer und produciren wenig oder gar kein Pyocyanin mehr. **H. Neumann** (Berlin).

---

2. **G. Alonzo.** Sulle alterazioni dei nervi periferici in seguito a congelamento della pelle soprastante.

(Riforma med. 1889. No. 205.)

Verf. studirte die Einwirkung starker Kälte auf die peripheren Nerven, von welcher bisher nur Mitchell, Rosenthal und Laveran sich oberflächlich überzeugt haben, an Kaninchen derart, dass er eine etwa 1 cm im Durchmesser weite Stelle des Unterschenkels, entsprechend dem Austritt des Nervus tibialis posterior, mit zerstäubtem Äther täglich 5 Minuten lang abkühlte. Nach 18 bis 20 Applikationen des Äthers, unter dessen Einwirkung sich die getroffene Stelle innerhalb 2 Minuten auf 10° C. unter 0 abkühlte, hatte das Versuchsthier den Gebrauch der Extremität, welche nach jeder Applikation vorübergehend und entsprechend der Zahl der letzteren immer länger lahmte, völlig verloren. Die Experimente wurden später derart variirt, dass statt des Äthers eine Kältemischung aus Schnee und Kochsalz in Anwendung kam und dass statt der Kaninchen auch Meerschweinchen zum Versuch gebraucht wurden.

Die Untersuchung des Nerven, welche nach einmaliger Applikation der Kälte und so weiter nach der 2., 3. bis zur 30. Applikation geschah, wurde gemäß Ranvier's Methode nach Behandlung des Präparates mit Überosmiumsäure und Pikrokarmin in Glycerin vorgenommen.

Im Allgemeinen ergab sich, dass eine starke Kälteeinwirkung auf die Haut in den unterliegenden Nervenfasern allmählich eine Reihe beträchtlicher Veränderungen hervorruft, die hauptsächlich als Zerklüftungen des Markes, Einwanderung von Leukocyten in die Faser, Missstaltung und Trennung der Cylinder in Stücke und Tropfen imponiren nnd derart an den embryonalen Zustand der Nervenfaser erinnern. Dabei bleibt die Schwann'sche Scheide unversehrt. Die genannten Veränderungen sind am ausgesprochensten an der der Kälteeinwirkung ausgesetzten Stelle und in der peripher liegenden Nervenstrecke; ihre Intensität ist proportional der Dauer der Kälteeinwirkung und der Anzahl der Applikationen; sie nimmt um so mehr ab, je tiefer der Nerv unter der Haut lag. Die degenerirten Nerven sind der Reparation fähig, wenn die schädigende Ursache in Wegfall kommt. **G. Sticker** (Köln).

---

3. **U. Gabbi.** Della propagazione del rumore respiratorio nelle cavita gastrica ed addominale e della sua importanza diagnostica.

(Riv. clin. — Arch. ital. di clin. med. 1889.)

G. beobachtete die Fortpflanzung des Athmungsgeräusches vom Brustraume über die Region des Magens an gesunden, erwachsenen Menschen selten bei ruhiger Respiration, häufiger bei verstärkten Athemzügen; an Kindern zeigte sich das Phänomen in der Mehrzahl der untersuchten Fälle. Eine Fortpflanzung des Athmungsgeräusches über die Magengrenzen hinaus auf den übrigen Theil des Bauches fand Verf. bei gesunden Erwachsenen nie, bei Kindern nicht so selten. Die Fortpflanzung über das Magengebiet trat ausnahmslos zu Tage, wenn weitgehende Verwachsungen zwischen den Pleurablättern und namentlich zwischen dem Pleuraüberzug der Basis der linken Lunge und dem Zwerchfell bestanden; in diesem Falle wurde auch die Verbreitung des Athmungsgeräusches über den ganzen Bauch mit großer Regelmäßigkeit beobachtet. Man darf, auf diese Thatsachen gestützt, von einer sehr deutlichen und regelmäßigen Fortpflanzung des Respirationsgeräusches über das Gebiet des Magens und der übrigen Bauchgegend einen Rückschluss auf das Bestehen diffuser pleuraler Verwachsungen und besonders auf solche zwischen Lungenbasis und Zwerchfell linkerseits wagen.

Ausnahmslos findet man jene Fortpflanzung des Athmungsgeräusches über den ganzen Unterleib bei chronischer Peritonitis und bei flüssigem Erguss in die Bauchhöhle; immerhin ist daran zu denken, dass unter den oben angeführten Bedingungen auch ohne krankhafte Vorgänge oder Zustände in der Peritonealhöhle die Fortpflanzung bis zum Schambein herab in seltenen Fällen zur Beobachtung kommt. Während das Auftreten eines flüssigen pleuralen Ergusses das Phänomen zum Schwinden bringt, lässt die Resorption desselben es wieder hervortreten. **G. Sticker** (Köln).

---

4. **Renaut.** Note sur une nouvelle maladie organique du coeur: la myocardite segmentaire essentielle chronique.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1890. No. 7.)

R. beschreibt eine neue, bisher nicht beachtete organische Herzaffektion, die segmentäre, chronische Myocarditis, welche durch anatomische wie klinische Merkmale wohl charakterisirt ist. Anatomisch ist die Erkrankung gekennzeichnet durch die segmentäre Dissociation der Herzmuskelfasern. Die Bindesubstanz der Muskelfasern ist erweicht, so dass eine kontinuirliche, energische Kontraktion nicht mehr erfolgen kann, Herzasthenie die Folge sein muss. Das Herz ist nicht hypertrophisch, wiegt ca. 370 g. Endo- und Pericard wie die Klappen sind unverändert. Das Myocard ist schlaff von sepiagelber oder grauröthlicher Farbe. Der Ventrikel leicht zerreißlich. Bei der histologischen Untersuchung findet man zahlreiche Herde seg-

mentärer Dissociation der Muskelfasern, welche bald mehr isolirt stehen oder diffuse Partien bilden. Besonders häufig findet sich die Affektion in den Papillarmuskeln der Mitralklappe.

Die Symptome der genannten Erkrankung, die besonders bei Greisen auftritt, zeigen sich in einer Arhythmie der Herzkontraktionen. Der Puls hat den Charakter des multiform-arhythmischen Pulses. In der Kurve ist ein stetes Wechseln in der Höhe wahrnehmbar. Das zweite Hauptsymptom ist das Verschwinden des lokalisirten Herzspitzenstoßes. Der Herzstoß fehlt oder ist vollkommen diffus. Als drittes Symptom nennt R. das Bestehen einer rektangulären Herzdämpfung. Hypertrophie des linken Herzens wie Dilatation des rechten fehlen. Bei der Auskultation kann man eine Abschwächung der normalen Herztöne und eine Unregelmäßigkeit im Rhythmus konstatiren. Zeitweise hört man ein systolisches mediocardiales sanftes blasendes Geräusch, welches seine größte Stärke über der Mitte des Herzens hat. Es fehlen in der Regel Stauungserscheinungen, besonders besteht keine Anschwellung der Leber. Der Ausgang der Krankheit ist der Tod, entweder in Folge plötzlicher Synkope oder häufiger durch Asystolie des Herzens herbeigeführt. Außer bei Greisen beobachtet man die Krankheit übrigens noch bei Potatoren oder Rekonvalescenten von schweren Krankheiten, besonders des Typhus.

Die Therapie soll vor allen Dingen eine diätetische sein, besonders in der Vermeidung schädlicher Einflüsse bestehen. Schon einfache Bronchitiden können gefährlich werden. Digitalis und Ergotin leisten gute Dienste. **Peiper** (Greifswald).

---

5. **Eiselsberg.** Über Tetanie im Anschlusse an Kropfoperationen.

Wien, **A. Hölder,** 1890. 37 S.

Unter 53 Totalexstirpationen der Struma, die an Billroth's Klinik ausgeführt wurden, trat Tetanie 12mal, i. e. in 23% der Fälle auf. In einigen Fällen wurde das Eintreten der Tetanie gleich nach dem Erwachen aus der Narkose, in anderen in den nächsten Tagen, bis zu 10 Tagen nach der Operation beobachtet. Meist gingen dem tetanischen Anfalle Prodromalsymptome voraus: Gefühl von Unbehagen und Steifigkeit, Schwäche in den Muskeln des Vorderarmes und der Wade. Diese Prodromalsymptome konnten jedoch auch ganz fehlen und die Krankheit mit einem Schlage fertig entwickelt sein.

Schon vor dem Eintreten des Anfalles ist die Krankheit oft durch zwei Symptome, das Chvostek'sche und Trousseau'sche Phänomen, zu konstatiren. Das erstere besteht darin, dass ein leichter kurzer Schlag auf den Austritt des Facialis aus der Parotis in der Gesichtshälfte eine blitzartige Zuckung erzeugt; beim Trousseau'schen Phänomen wird durch eine einige Minuten fortgesetzte Kompression einer größeren Arterie oder eines Nervenpacketes der Krampf in der betreffenden Extremität erzeugt.

Die Anfälle selbst begannen meist mit Wadenkrämpfen und häufig mit dem Gefühl von Starre im Gesichte, wobei jedoch die Kranken sprechen konnten. Bei den Anfällen geringer oder mäßiger Intensität waren die tonischen Krämpfe hauptsächlich auf die oberen Extremitäten beschränkt, seltener gleichzeitig auch auf die unteren ausgedehnt. Es stellen sich dann im Gesicht und den befallenen Extremitäten lebhafte ziehende Schmerzen ein, ab und zu treten profuse Schweiße auf, der Puls ist meist beschleunigt; diese mäßigen Anfälle dauern 2 Minuten bis zu einer Viertelstunde und darüber, treten entweder mehrmals am Tage, oder jeden Tag, oder schließlich mit Überspringung eines Tages auf.

Ganz anders gestalten sich die sog. schweren tetanischen Anfälle. Diese beginnen stets mit Anfällen leichter Form, um dann rapid oder langsam ihre Intensität zu steigern. Diese Steigerung betrifft vor Allem die Zahl der Anfälle und ihre Dauer. Der tetanische Zustand der Muskeln besteht im Gesicht, an Händen und Füßen, an der Bauch-, Rumpf- und Rückenmuskulatur. Tetanie des Zwerchfelles bewirkt Dyspnoe; Spannung der Halsmuskeln Cyanose; dabei bestehen oft Lufthunger und Schluckbeschwerden. Schließlich kommt es zur Bewusstlosigkeit und diese dauert bald länger, bald kürzer. Die Spannung in den Muskeln hört während dieser Zeit auf und kehrt erst beim Erwachen wieder. Auf der Höhe des Anfalles erfolgt niemals der Tod, sondern meist erst einige Stunden, selbst Tage nachher. Der Sektionsbefund war stets negativ. Stets wurde der vollkommene Mangel der Schilddrüse, so wie einer accessorischen Gland. thyreoidea konstatirt.

Bei den 12 Fällen, die E. beobachtet hat, war die Tetanie 2mal in leichtem Grade ausgeprägt; beide Male erfolgte Heilung. 2mal wurde die Tetanie chronisch. 8mal erfolgte tödlicher Ausgang entweder rasch oder nach Monaten. Es handelte sich ausschließlich um Personen weiblichen Geschlechtes im Alter von 12—64 Jahren. Die Jahreszeit, zu welcher die Totalexstirpation ausgeführt wurde, war für das Auftreten der Tetanie und die Intensität derselben ohne Bedeutung. Hingegen erfolgte in den Fällen von chronischer Tetanie die Angabe, dass zur Zeit von feuchter und kalter Witterung die Anfälle häufiger und intensiver wurden, bei warmem Wetter vollkommen aussetzten. Die Therapie ist vollkommen ohnmächtig; Morphium und Chloral lindern bisweilen.

In der Besprechung der Ursache des Eintretens von Tetanie kommt E. zu dem Schlusse, dass in der totalen Entfernung der Schilddrüse der Grund zu suchen sei. Zum Beweise dafür führt er zunächst an, dass bei 53 Totalexstirpationen 12mal, bei 115 partiellen nie Tetanie auftrat. Dann aber stützt er sich auf das Thierexperiment und berichtet nach einem Résumé der Ergebnisse anderer Forscher über die Versuche, die er an 100 Katzen angestellt hat. Auf diese sehr interessanten Experimente können wir hier nicht

näher eingehen; die oben erwähnte Ansicht E.'s wird durch sie vollkommen bestätigt.

In einem Schlussworte streift Verf. schließlich noch die andere furchtbare Krankheit nach Totalexstirpation der Struma, die Kachexie, und zieht aus seiner Arbeit für die Chirurgen die Lehre, die Totalexstirpation, wo nur irgend angängig, zu vermeiden.

M. Cohn (Berlin).

---

6. **Bircher.** Das Myxödem und die kretinische Degeneration.

(Sammlung klin. Vorträge No. 357.)

Der Verf. beschreibt die bekannten Erscheinungen des Myxödems, so wie die dabei gefundenen anatomischen Veränderungen. Die sekundären Symptome der Erkrankung, Hypertrophie des linken Ventrikels, Blässe der Haut, schlechter Puls, Ödeme, seröse Ergüsse, sind auf die bestehende Endarteritis, Nephritis, Hepatitis und deren Folgen zu beziehen. Die primären Zeichen, die Veränderungen der Haut, Schleimhäute, der Funktionen des Centralnervensystems beruhen wohl auf einer Ernährungsstörung des Gehirns. Die Ernährungsflüssigkeit ist verändert, das Blut ist wässrig, die Zahl der rothen Blutscheiben vermindert, in den Geweben ist das Mucin vermehrt. Als Ursache dieser Veränderungen gilt die Atrophie der Schilddrüse, besonders da nach totaler Entfernung dieses Organs ein Symptomenkomplex entsteht, der dem beim Myxödem vollkommen gleicht. Dieses Myxoedema operativum tritt intensiver auf und endet schneller als das Myxoedema atrophicum, da bei der Operation plötzlich, bei der Atrophie in chronischer Form die noch unbekannte Funktion der Schilddrüse ausgeschaltet wird. Dieselbe ist ein für das Leben nöthiges Organ, wahrscheinlich hindert sie die Mucinanhäufung im Körper, andere Drüsen können nicht vikariirend für sie eintreten. Wird Hunden eine Schilddrüse in die Bauchhöhle implantirt, darauf die Schilddrüse am Halse entfernt, so bleiben die Thiere am Leben, während Thiere, bei denen jene Implantation nicht geschehen ist, unter den Erscheinungen des Myxödems zu Grunde gehen. Vielleicht also bereitet die Drüse, unabhängig von ihrem Sitz, einen für den Organismus nöthigen Saft. B. schildert dann die Krankengeschichten von 5 Frauen mit Kröpfen, bei denen er die totale Exstirpation ausgeführt hat. Bei 3 von diesen stellten sich geringe myxödematöse Symptome ein, die bald von selbst wieder schwanden. Bei diesen 3 hatte sich vor dem Kehlkopf je 1 bezw. 2 kleine Schilddrüsenknoten entwickelt. Die 4. Pat., 2 Monate vor der Operation kastrirt, starb unter schnell und zahlreich auftretenden epileptischen Anfällen. Die 5. Kranke, eine Kretine mit Kropf, bot nach der Totalexstirpation des Tumors alle Erscheinungen der Kachexie mit tetanischen, epileptiformen Anfällen, völliger Apathie. Nach Einpflanzung eines Stückes Schilddrüse in die Bauchhöhle Besserung aller Erscheinungen, dann Recidiv. Nach einer zweiten Implantation wiederum Besserung, die bis jetzt, 3 Monate, angehalten

hat. Pat. arbeitet, ist gesund. Die Implantation der Schilddrüse ist daher auch beim Myxoedema atrophicum gerechtfertigt. Prophylaktisch für das Myxoedema operativum ist die Zurücklassung eines Theiles der Schilddrüse geboten; beim atrophischen Myxödem müsste das Individuum möglichst früh sich den Dingen aussetzen, welche sonst Kröpfe erzeugen, im Kropfgebiet Kropfwasser trinken.

Die kretinische Degeneration ist eine Infektionskrankheit, deren Keim ans Trinkwasser gebunden ist. Von ihren Erscheinungen ist die wichtigste und konstanteste die Hypertrophie der Schilddrüse, ferner Hemmung des Knochenwachsthums, besonders am Schädel und dessen Inhalt. Die 3 Formen der Affektion sind der endemische Kropf, die leichteste, die endemische Taubstummheit, der endemische Idiotismus (Kretinismus), die schwerste. Verf. schildert dann weiter das Auftreten, die Ätiologie und Pathogenese, Symptome und Verlauf, Prognose und Therapie der kretinischen Degeneration mit den hauptsächlich unterscheidenden Merkmalen von Myxödem und fasst letztere in folgenden Sätzen zusammen:

1) Das Myxödem ist eine sporadische Krankheit. Sie entsteht durch die Funktionsunfähigkeit oder den Wegfall eines Organs und ist eine allgemeine Dyskrasie, vornehmlich des erwachsenen Körpers.

2) Die kretinische Degeneration ist eine endemische Krankheit. Sie entsteht durch eine lange fortgesetzte Infektion, welche während der Wachsthumsperiode, außer der Hypertrophie der Schilddrüse, irreparable Hemmungsmissbildungen im Körper verursacht.

G. Meyer (Berlin).

---

7. **Meynert.** Über Delirium tremens.

(Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vom 10. Januar 1890.)
(Wiener med. Blätter 1890. No. 3.)

Der Zustand des Delirium tritt nur als ein Erschöpfungszustand im Verlaufe der chronischen Alkoholintoxikation auf; die Ursache dieses Erschöpfungszustandes ist in den meisten Fällen als Blutverlust, akute fieberhafte Zustände, Erschütterungen des Schädels, Verletzungen verschiedener Art, auch als Schrecken, Ärger eruirbar. Das Delirium tremens gehört in das Gebiet der Verwirrtheit; die corticalen Störungen sind aber viel tieferer Natur als bei der einfachen Verwirrtheit; bei letzterer finden sich nur Störungen in der Association der Vorstellungen, während die Wahrnehmungen der Außenwelt ungestört bleiben, im Gegensatz zu dem Zustande der Betäubtheit betreffs Sinneswahrnehmungen beim Delirium tremens. Dieser Unterschied sucht seine Erklärung darin, dass das Delirium tremens durch einen Intoxikationsstoff verursacht wird, welcher in der ganzen Blutmenge aufgeschwemmt erscheint. Die beiden Stadien des Delirium, das der Angst und das rein hallucinatorische, spielen sich innerhalb 5—7 Tagen ab. Das erste Stadium tritt unter dem Bilde des Verfolgungswahnes auf, unterscheidet sich aber

von dem bei der Paranoia beobachteten Wahne dadurch, dass die eingebildete Gefahr stets als eine den Kranken unmittelbar bedrohende empfunden wird. Das hallucinatorische Stadium hat seine Eigenthümlichkeiten darin, dass 1) ein Überschuss von Tasthallucinationen besteht, 2) eine auffallende Multiplicität derselben und 3) nie ruhende, sondern stets bewegte Wahnvorstellungen vorhanden sind. Die Tasthallucinationen verdanken ihren Ursprung wohl dem Umstande, dass das im ganzen Körper mit dem Blute cirkulirende toxische Element auch die peripheren Nerven reizt; auch die Multiplicität der Gesichtshallucinationen, das Erblicken einer gehäuften Menge kleiner Gegenstände, sind ebenfalls als Folgeerscheinungen der peripheren Reizung der Retina anzusehen. Im späten Stadium dieses Halbtraumzustandes treten die Beschäftigungsdelirien auf, während welcher die Kranken bei ihrer gewöhnlichen Thätigkeit bleiben; bei dem kurzen Bestande der Erkrankung sind die gewohnten Eindrücke noch nicht abgeklungen und drängen sich dadurch immer wieder in den Vordergrund. — In der sich anschließenden Diskussion tritt Exner für die bekannte Erklärung Skoda's ein, dass die Gesichtshallucinationen im Delirium tremens eine falsche Auslegung, eine Umdeutung von Skotomen sind. **Prior** (Köln).

---

8. **Flesch** (Frankfurt a/O.). Über die Behandlung des Stimmritzenkrampfes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 1.)

Verf., dem die medicinische Litteratur eine Reihe werthvoller Arbeiten über diesen Gegenstand verdankt, theilt in der vorliegenden seine Erfahrungen mit, die er in der Behandlung des Stimmritzenkrampfes gewonnen hat. Dieser ist vorzugsweise eine Krankheit des Proletariats und kommt besonders bei Kindern im ersten Lebensjahre vor, die nicht gestillt werden und zwar zumeist bei rachitischen. Man findet bei Kindern, die daran plötzlich zu Grunde gegangen sind, bei der Sektion starke Überfüllung des Magens und Darmkanals mit unverdauten Speisen, so wie die Anwesenheit von zwei kleinen festen Drüschen am Nerv. recurrens sinister. Während des Anfalles selbst vermag der Arzt nicht viel zu thun; man sorge für frische Luft, entferne anschließende Bedeckungen und lasse das Kind im Übrigen ruhig liegen; wenn möglich, ist ein Klysma zu geben. In prophylaktischer Beziehung ist am wichtigsten eine richtige Ernährung und empfiehlt sich nur ganz flüssige Kost zu geben, nämlich Suppe von stark gekochter Hafergrütze, dann verdünnte Milch in Form von leichtem Milchkaffee und zwar höchstens 5—6mal des Tages; die Nahrung gebe man nie mit der Flasche, sondern nur mit dem Löffel oder der Tasse. Dabei bleibe man 6—8 Wochen, so lange bis sich der Krampf verloren hat. Dann gebe man fein gehacktes Fleisch in der Suppe, später trockenen Zwieback oder Brotkruste und vermeide eingeweichte Dinge oder Mehlbrei zu geben, wie überhaupt

Mehlarten thunlichst zu vermeiden sind. Im Beginne der Behandlung ist auch auf den Stuhlgang zu achten und derselbe, wenn nöthig, durch ein Klysma, oder Rhabarber, oder Kalomel zu reguliren. Die Kinder sollen erst dann an die Luft geschickt werden, wenn die Krankheit gehoben ist, da Rachen- und Kehlkopfkatarrhe dieselbe nur verschlimmern. Wird das Kind in dieser Weise genährt und an eine derartige Lebensweise frühzeitig gewöhnt, so ist Heilung sicher und das vorher zornige, angeblich nervöse, wird sehr bald ein ruhiges heiteres Kind. (Ref. kann aus seiner Erfahrung den günstigen Erfolg einer rationellen Ernährung und Erziehung bei Kindern, die an Laryngospasmus leiden, bestätigen und eine solche auf das wärmste empfehlen.) **Goldschmidt** (Nürnberg).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

9. **Nicaise.** De l'aération permanente par la fenêtre ouverte.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1890. No. 8.)

Dujardin-Beaumetz berichtet in der Pariser Akademie über eine Arbeit von N. Derselbe hat vom 22. December 1888 bis zum 6. April 1889 in Carabacel alle Morgen die Minimumtemperaturen der Luft im Freien und im Zimmer in seinem nach Südost gelegenen Zimmer gemessen. Während die Außentemperatur zwischen —2° und +14,5° schwankte, zeigte die des Zimmers eine Schwankung von 10—15°. Selbst wenn die Temperatur im Freien auf —2° sinkt, lässt sich durch ein halbgeschlossenes Fenster die Zimmertemperatur auf der Höhe von +10° erhalten. N. nimmt nämlich an, dass während des Tages bei weitgeöffnetem Fenster das Zimmer durch die Sonne stark erwärmt, die Wärme aufgespeichert werde; später, nachdem die Jalousien geschlossen, strahlen die Wände die absorbirte Wärme wieder aus, so dass sich ein Temperaturgleichgewicht wieder herstelle, das zwischen 10 und 14° schwanke. Wenn schon sich die Verhältnisse in anderen Klimaten anders verhalten würden, so gehe doch aus der Arbeit von N. hervor, dass man die Luft in den Wohnräumen von Phthisikern genügend erneuern könne, ohne die Kranken der Gefahr der Erkältung auszusetzen.

Peiper (Greifswald).

10. **P. Ortmann** und **E. O. Samter** (Königsberg). Beitrag zur Lokalisation des Diplococcus pneumoniae (Fraenkel).

(Virchow's Archiv Bd. CXX. Hft. 1.)

O. und S. berichten über mehrere Fälle von durch den Pneumoniecoccus veranlassten Eiterungen.

1) (S.) Fall von multiplen, großen subkutanen Abscessen (Pyämie), Ausgangspunkt nicht sicher, möglicherweise Pneumonie (Endocarditis?· Ref.). Der als Reinkultur[1] vorhandene Pneumoniecoccus erweist sich als nur mäßig virulent, was dem benignen Verlaufe der Affektionen und dem Ausgange in Genesung entspricht. Zum Schluss weist S. — was vor ihm schon, ohne dass es S. bekannt, H. Neumann gethan, vgl. Centralblatt für Bakteriologie 1890 No. 6. — auf die Möglich-

[1] Das bakteriologische Verfahren von S. ist freilich nicht ganz korrekt, da er den Eiter sofort auf schräge Agarröhrchen übertrug, statt eine fraktionirte Aussaat auf Agarplatten oder Agarobjektträger zu machen. Die Ansicht von S., dass der beschriebene Fall der erste ist, »in welchem beim Menschen Weichtheilabscesse als Folge der Infektion durch Pneumoniecoccus nachgewiesen wurden«, ist irrig, vgl. z. B. Fälle von subperiostalem Abscess des Processus mastoideus von Verneuil-Netter, Zaufal.

keit hin, dass der Rosenbach'sche Micrococcus pyogenes tenuis mit dem Pneumoniecoccus identisch ist.

2) (S.) Ein Fall von eitriger Arthritis im Schultergelenk nach Pneumonie.

3) (O.) 2 Fälle von Bronchopneumonie im Gefolge der Diphtherie. In dem einen Falle fand sich der Pneumoniecoccus neben dem Löffler'schen Diphtheriebacillus und nicht pathogenen Bakterien, in dem 2. Falle ergab das Bronchialsekret und die Membranen der Trachea nur die beiden erstgenannten Bakterienarten. Dabei wuchsen aus dem flüssigen Bronchialsekret vorwiegend die Pneumokokken, aus den Membranen überwiegend (1mal ausschließlich) die Löffler'schen Bacillen. Virulenz der gezüchteten Pneumokokken sehr beträchtlich. Außerdem konnte O. noch in anderen Fällen von Diphtherie (wie viel?) den Diplococcus häufiger im Verein mit den gewöhnlichen Eitererregern, 1mal als einzig vorhandene pathogene Art nachweisen, »aus bronchopneumonischen Herden jedoch gelang es mir nicht mehr ihn zu isoliren« (doch war die Zahl der untersuchten Fälle nur gering).

4) (O.) 3 Fälle von eitriger Meningitis und zwar:

a) 1 Fall von Meningitis nach exulcerirtem Sarkom (»telangiektatisches, großzelliges Spindelzellsarkom«) der Nasenhöhle. Im Nasensekret waren die Pneumokokken neben anderen Bakterienarten (darunter ein kleiner, dem Diphtheriebacillus ähnlich wachsender, aber nicht pathogener Bacillus) schon vor der Operation und vor dem Einsetzen der Meningitis nachgewiesen worden, im Eiter der Meningitis fand sich nur der Pneumoniecoccus und jener kleine, nicht pathogene Bacillus. Die Siebbein-Keilbeinhöhlen waren bei der Obduktion frei von Sekret. Hingegen bestand eine eitrige Thrombophlebitis im vorderen Abschnitte des Sinus longitudinalis und im linken Sinus cavernosus, so dass O. an eine direkte Fortschleppung des Diplococcus auf dem Wege der venösen Verbindungen dieser Sinus mit den Venen der Nasenschleimhaut denkt; daneben freilich auch an eine Übertragung auf dem Wege der Lymphbahnen, wofür der Befund einer vom linken Nervus olfactorius an der Lamina cribrosa entlang der orbitalen Fläche des Stirnhirns und seitlich zur Konvexität des Scheitelhirns fortkriechenden Eiterung sprach.

b) 1 Fall von Meningitis nach komplicirter Depressionsfraktur der Nasenbeine, des Stirn- und Siebbeins durch Hufschlag. Bei der operativen Bloßlegung der Frakturstelle ergaben Blutcoagula an der Frakturstelle und aus den oberen Abschnitten der Nasenhöhle Reinkulturen des Pneumoniecoccus. Sektion musste unterbleiben.

c) Fall von scheinbar idiopathischer Meningitis. Sektion ergiebt Fortpflanzung der Eiterung von der Nase durch die Keilbeinhöhlen (Eiter innerhalb der Schleimhauthöhle und zwischen Schleimhaut und Knochen) zum Gehirn. Im Sekret der Nase und Keilbeinhöhlen Pneumoniecoccus neben vereinzelten nicht pathogenen Bakterien, in den Hirnhäuten nur der Diplococcus pneumoniae.

5) Schließlich theilt O. noch mit, dass er bei Thierversuchen mit pneumokokkenhaltigem Empyemeiter zahlreiche Niereninfarkte von Stecknadelknopf- bis Erbsengröße und darüber erhalten habe. Mikroskopisch bestand eine ganz enorme Ansiedlung der Diplokokken, oft »wie injicirt mit Diplokokken«, in den Gefäßen der Rinde (Vasa afferentia, Glomeruli und Kapillarnetz), ganz besonders aber in den Vasa recta im Mark. **A. Freudenberg** (Berlin).

11. **H. Williams** (Buffalo). Pneumothorax occuring in the course of phthisis; recovery.

(New York med. journ. 1890. März 22.)

Ein Phthisiker in den letzten Stadien suchte wegen plötzlicher Verschlimmerung das Krankenhaus auf; als Ursache des Verfalles wurde ein rechtsseitiger Pneumothorax diagnosticirt. Die Athmung war äußerst mühsam und beschleunigt, die Herzaktion angestrengt. Der bedrohlichen Erscheinungen wegen wurde ein Trokar in die rechte Brusthälfte eingeführt und möglichst vollständig mit einer Spritze die Luft aus dem Brustraum herausgesaugt. Unmittelbar nachher war die Athmung viel besser, nur 22 Züge in der Minute, während vorher 55 gezählt wur-

den. Nach 10 Minuten hatte sich die Brusthöhle wieder mit Luft gefüllt, die Beklemmungen nahmen wieder zu und so pumpte man aufs Neue, so oft die Athemnoth sich steigerte. Zwischendurch bildete sich ein mäßiges Hautemphysem aus; es kam einmal ein Schüttelfrost vor, der Pneumothorax nahm trotzdem ab, er soll am 6. Tage nach dem Eintritt des Pat. in das Hospital nicht mehr nachweisbar gewesen sein; der Pneumothorax war also, wie es in der Überschrift heißt, geheilt, aber der Pat. war nach 8 Tagen todt. Die Sektion ergab weit ausgebreitete Tuberkulose der ganzen Lunge; in der rechten Pleurahöhle fand sich eine beträchtliche Flüssigkeitsansammlung; die Stelle, von welcher der Pneumothorax herrührt, war nicht auffindbar. **Prior** (Köln).

12. **L. Dor.** Des injections intra-trachéales d'huile créosotée chez les tuberculeux.

(Revue de méd. 1889. No. 10 u. 1890. No. 2.)

Verf. hat bei 20 Pat. mit Lungentuberkulose Injektion von Kreosotöl in die Trachea in einer Lösung von 1 : 20 ausgeführt und damit 2 Heilungen, 5 erhebliche und 8 geringe Besserungen erzielt; 2 Fälle blieben unbeeinflusst, 3 verschlechterten sich. Die Injektionen wurden von der Mehrzahl der Kranken vorzüglich vertragen; man kann 2 ccm 2mal am Tage injiciren. Verf. hat niemals unangenehme Erscheinungen beobachtet; die Kranken haben niemals Hämoptoe, Fieber oder Seitenstiche in Folge der Methode gehabt. Auch wurden niemals Verdauungsstörungen verzeichnet.

Thierexperimente haben gelehrt, dass das Kreosotöl bis in die Alveolen gelangt und dort etwa 14 Tage verbleibt; auch hat sich die Lösung des Kreosots in Olivenöl als am zweckmäßigsten erwiesen.

Die Injektionen müssen mindestens einen Monat hindurch angewandt werden.

Unter dem Einflusse dieser Behandlung verringert sich in der Mehrzahl der Fälle die Expektoration, die Seitenstiche verschwinden, der Appetit bessert sich, das Körpergewicht steigt; die physikalischen Erscheinungen sind wenig verändert, Meist sind es nur Tuberkulöse in den ersten Stadien, bei denen sich diese Erfolge erreichen lassen. Phthisiker mit großen Kavernen könnten vielleicht durch ein stärkeres Antisepticum, z. B. Kamphernaphthol, Besserung erfahren. Versuche damit hat Verf. bisher noch nicht angestellt. **M. Cohn** (Berlin).

13. **C. Dennison** (Denver). A case of drainage of pulmonary cavity with a rib-cutter devised for the operation.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1890. März 25.)

Ein 26 Jahre alter Lehrer, hereditär tuberkulös belastet, erkrankte an einer typischen Pneumonie der linken Seite, wahrscheinlich auch war die Lungenentzündung mit einer Pleuritis verbunden. Die Lunge hellte sich nicht ganz auf, der Pat. verfiel mehr und mehr, Nachtschweiße traten später hinzu, Fiebervorgänge mit Athembeschwerden und gelbweißer Auswurf in beträchtlicher Menge (1/4 Liter im Tage) vervollständigten das Bild. Unter der linken Scapula fanden sich alle Symptome eines größeren Hohlraumes, welcher bei der Deutlichkeit der physikalischen Erscheinungen ganz oberflächlich gelagert sein musste. Da offenbar der Zerfall des Lungengewebes voranschritt, so schlug D. die Operation vor, resecirte die 6. und 7. Rippe, stieß auf die Höhle, welche ungefähr 120 g Eiter enthielt. Die Höhle wurde drainirt, durch die Drainageröhre wurden ungefähr 15 g einer Mischung von 5 Theilen Salol auf 100 Theile flüssige Vaseline zweimal täglich eingespritzt; später wurde eine 10%ige Salollösung solcher Art genommen. Das Allgemeinbefinden besserte sich sehr rasch, die Höhle verkleinerte sich, so dass bei subjektivem Wohlbefinden der Pat. schon 4 Monate später eine Stelle als Buchhalter in einem Hôtel annehmen und ausfüllen konnte. Zu der Zeit war die Höhle noch nicht ganz vernarbt, wohl aber erheblich verkleinert. Zur Ausführung der Rippenresektion hat D. eine Knochenzange konstruiren lassen, welche sowohl das Periost schont, dadurch, dass nur eine ganz geringe Einstichöffnung noth-

wendig ist, wodurch eine vorzeitige Eröffnung des Thorax verhindert wird, als auch trefflich schneiden soll; eine Abbildung erklärt das Instrument.

Prior (Köln).

14. **Laborde.** Sur la transmission de l'érysipèle au poumon.

(Bullet. de l'acad. de méd. 1890. No. 5.)

15. **Laboulbène.** Sur la pneumonie érysipélateuse.

(Ibid. No. 7.)

Beide Autoren berichten über Pneumonien, welche durch Infektion mit dem erysipelatösen Gifte erfolgt sind. Laborde beobachtete bei einer Wärterin, die einen erysipelkranken Arzt verpflegte, eine unter schweren Erscheinungen einsetzende Bronchopneumonie, die schnell letal verlief. Bei der Autopsie wurden in den afficirten Lungentheilen Erysipelkokken nachgewiesen; Probeimpfungen waren von Erfolg.

Laboulbène theilt eine ähnliche Beobachtung mit. In einer Pflegeanstalt wurde ein Mann von einem Erysipel ergriffen. Seine Frau erkrankte bald darauf an einer schweren Pneumonie und starb. 6 Personen, die die Erkrankten besuchten, gingen an Pneumonie zu Grunde. Eine Frau wurde erst von einer Pneumonie, sodann von einem Gesichtserysipel ergriffen. **Peiper** (Greifswald).

16. **Goldschmidt.** Vaccine obligatoire et vaccine animale.

(Revue de méd. 1890. No. 4.)

Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, in Frankreich für Einführung des Impfzwanges Propaganda zu machen. Zu diesem Behufe schildert Verf. in fleißigen, mühevollen Zusammenstellungen statistischer Art, in welcher Weise es gelungen ist, in Deutschland und speciell in Elsass-Lothringen, wo G. ansässig, durch den Impfzwang den schrecklichen Gast, die Pocken, fernzuhalten. Im zweiten Theile seiner Arbeit bricht Verf. eine Lanze für die animale Vaccination und zeigt ausführlich, wie man die Lymphe bereiten und konserviren muss. Die Schlusssätze des Verf., in denen er für allgemeine zwangsweise Einführung der obligatorischen Vaccination und Revaccination mit animaler Lymphe plaidirt und auf die Ungefährlichkeit der Impfung und die geringen Ausgaben, die dem Staate aus der gesetzlichen Impfung erwachsen, hinweist, sind in Deutschland ja glücklicherweise anerkannt. **M. Cohn** (Berlin).

17. **A. Pick.** Über cystöse Degeneration des Gehirns.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Hft. 3.)

P. kommt nach genauer Untersuchung von 8, meist von Paralytikern stammenden Gehirnen zu folgenden Anschauungen über die Entstehung und das Verhalten der intracerebralen Cysten, die er übrigens nicht für pathognomisch für die Paralyse hält. Da sich diese Cysten öfters kombinirt mit subarachnoidealen Cysten finden und letztere offenbar auf eine Lymphstauung, abhängig vom Abschluss einer zwischen zwei Windungen sich findenden Spalte durch Adhärenz und Verdichtung der überbrückenden Arachnoidea zurückzuführen sind, so liegt es nahe, dass auch die in diese Spalte aus dem Gehirn selbst sich ergießenden Lymphströme gestaut werden und so zur Bildung intracerebraler Cysten Veranlassung geben. Diese Lymphstauung erscheint im Centrum der Windungen am erheblichsten, da sich bei perlschnurartig an einander gereihten Cysten am centralen Ende die größten finden. Die Gefäße (fast ausschließlich arteriellen Charakters) sind, entgegengesetzt früheren Anschauungen als durchaus nicht selten in Cysten zu betrachten und erweisen sich oft noch als gut durchgängig. Die Art und Weise, wie ein solches Gefäß zum Verschluss und zur Obliteration kommt, lässt sich noch nicht genau feststellen. Die Anschauungen werden in einer ausführlichen Beschreibung begründet und an zahlreichen Abbildungen weiter erläutert.

A. Cramer (Eberswalde).

18. **A. Strassmann.** Ein Fall von hysterischer Aphasie bei einem Knaben, kombinirt mit Facialisparalyse, Trismus und Spasmus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 10.)

19. **G. Lauch.** Beiträge zur hysterischen Stummheit.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 12.)

Das Bemerkenswerthe des S.'schen Falles liegt in der Kombination des hysterischen Mutismus mit einseitiger Facialisparalyse, mit Trismus und spastischen Erscheinungen. Dieser gesammte Symptomenkomplex entwickelte sich plötzlich und verschwand eben so plötzlich nach kaum 12stündiger Dauer. —

L. bringt 3 charakteristische Fälle des zuerst von Charcot genauer abgegrenzten Krankheitsbildes und schließt sich auch in seiner Besprechung der Charcot'schen Definition im Wesentlichen an. Besonders zu bemerken ist, dass alle 3 Pat. L.'s auf derselben Abtheilung lagen. L. neigt desshalb auch dazu, auf Grund dieser Fälle von einem endemischen Auftreten der hysterischen Stummheit zu sprechen. Bei der 1. Pat. entwickelte sich die Aphasie plötzlich nach einem heftigen Schrecken, bei der 2. fehlt eine besondere Veranlassung, doch war die Kranke choreatisch, bei der 3. trat sie im Verlauf einer hysterischen Aphonie auf. Die Intelligenz erschien in keinem der Fälle geschwächt. Bezüglich der Pharynxanästhesie und der Freibeweglichkeit der Zunge kann L. Charcot nicht ganz zustimmen, da sich bei seinen Fällen diese Erscheinungen kaum angedeutet oder gar nicht fanden. Gestützt auf die bei seinen Fällen gewonnene Erfahrung, dass der Mutismus hystericus durch Suggestion sich beheben lässt, spricht Verf. die Überzeugung aus, dass es sich bei dieser Krankheit nicht um eine Lähmung des Laryngeus superior handelt, sondern dass das Leiden rein psychischer Natur ist.

A. Cramer (Eberswalde).

20. **P. Richter.** Beiträge zur Klinik und Kasuistik der traumatischen Geistesstörung.

Dissertation, Straßburg, 1890.

R. bringt 33 Fälle der Straßburger psychiatrischen Klinik, welche sich theils direkt, theils indirekt auf ein Trauma zurückführen lassen und versucht dieselben nach bestimmten Gruppen zusammenzustellen. Er unterscheidet folgende Formen:

1) Das primäre traumatische Delirium. Delirenter Zustand, der meist »nach einiger Zeit« in Heilung übergeht.

2) Primäre traumatische Psychose, und zwar eine akute sofort, nach dem Trauma, und eine chronische, erst nach längerem oder kürzerem Stadium prodromorum einsetzende Form. Die Prognose ist schlecht, meist findet sich ein Übergang in progressive Paralyse. Unter diese Gruppe sind auch diejenigen Fälle zu rechnen, wo sich nach dem Trauma ein gewisser Grad von Schwachsinn, eine Art Moral insanity entwickelt.

3) Fälle, a) bei denen außer dem Trauma noch ein besonderes accidentelles Moment hinzukommt, oder b) wo das Trauma Veränderungen hervorruft, die erst sekundär zu Psychosen führen. Also Fälle, wo das Trauma als Druck am geladenen Gewehr zu betrachten ist und solche, wo sich an in Folge des Traumas entstandene Krankheiten (Epilepsie, traumatische Neurose) eine meist in Verblödung ausgehende Psychose anschließt.

Dass diese genannten Formen oft nach einem Trauma beobachtet werden, soll nicht bestritten werden; wir vermissen aber eine genauere Hervorhebung der Symptome, welche nach Verf. so charakteristisch sind, dass man aus ihnen allein schon auf ein Trauma schließen könnte. Auch finden wir in der Arbeit die oft lange Dauer des Prodromalstadiums mit seinen vielfachen nervösen Störungen zu wenig betont und ferner dürfte noch eine vierte Gruppe nicht fehlen, welche dadurch charakterisirt ist, dass melancholische, paranoische, maniakalische Symptome in stetem Wechsel mit dazwischen liegenden Remissionen auftreten und erst nach jahrelangem Bestehen mit gänzlicher Verblödung des betr. Kranken verschwinden.

A. Cramer (Eberswalde).

21. **G. Rossolimo.** Zur Physiologie der Schleife. (Ein Fall von Gliomatose eines Hinterhorns des Rückenmarkes.)

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Hft. 3.)

Bei einem 18jährigen Mädchen entwickelten sich ziemlich rasch folgende abnorme Erscheinungen: Unsicherheit im linken Bein, leichte Steigerung der Sehnenreflexe auf der linken Seite, Analgesie in der ganzen linken Oberextremität, an der linken Halsseite, starke Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit in der linken Hälfte des Thorax und Abdomens und des linken Oberschenkels. Ausschaltung oder Herabsetzung des Temperatursinnes an derselben Stelle. Eben so leichte Herabsetzung des Tast-, Ort- und Drucksinnes. Ein halbes Jahr nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen starb die Kranke an Pyämie. Die Sektion ergab ein Gliom, welches im ganzen Brust- und Halsmark die Roland'sche Substanz des linken Hinterhorns einnahm und sich nach aufwärts wahrscheinlich bis in die Kerne des zarten und Keilstranges erstreckte. (Sicher konnte Verf. das obere Ende nicht feststellen, da ihm die ganze Gegend der Pyramidenkreuzug verloren ging.) Das Lendenmark erschien durchaus normal. Trotz einer verhältnismäßig starken Erkrankung der hinteren Wurzeln zeigten sich die Goll'schen Stränge intakt. Auch die direkten Kleinhirnseitenstrangbahnen waren eben so wie die Clarke'schen Säulen gesund. Dagegen fand sich eine ausgesprochene Degeneration der Olivenzwischenschicht und der Schleife in der rechten Brücke und im rechten Hirnschenkel. Diese Erkrankung ist nach Verf. abhängig von der wahrscheinlich vorhandenen Erkrankung der Kerne des zarten und Keilstranges. Im Hinblick auf die klinischen Erscheinungen zieht Verf. den Schluss, dass die mediale Schleife, wenn auch nicht ausschließlich, so doch hauptsächlich Fasern enthält, die zur Leitung der Hautsensibilität der entgegengesetzten Körperhälfte bestimmt sind. **A. Cramer** (Eberswalde).

22. **R. Dreyfuss.** Die Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur im Verlaufe der Tabes dorsalis.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. p. 154.)

D. hat 22 Tabeskranke aus der Mendel'schen Poliklinik in Bezug auf den Kehlkopf untersucht. Bei zweien darunter fanden sich Störungen, die im Zusammenhang mit der Nervenerkrankung stehen. Und zwar zeigte sich bei beiden, dass die Stimmbänder bei der Respiration nicht genügend aus einander gehen, kaum die Kadaverstellung erreichen und bei tiefster Inspiration die Neigung zeigen, zusammenzuklappen. Über Beschwerden von Seiten des Larynx klagten beide Pat. keineswegs. In der erwähnten Störung kann D. keine Ataxie erkennen, weil es sich nur um die Aktion eines Muskels handelt. Vielmehr betrachtet er die Störung als eine beginnende Posticuslähmung, wie er denn überhaupt die sog. Posticuslähmung speciell bei der Tabes als eine wirkliche Lähmungserscheinung auffasst. Die Neigung zur Adduktion der Stimmbänder bei ganz tiefer Inspiration erklärt D. als »scheinbare Koordinationsstörung« (Benedikt), weil bei starker Innervation die Antagonisten mit in Thätigkeit gerathen. Die übrigen von D. untersuchten Kranken boten ganz normale Verhältnisse und bei allen war die Sensibilität und Motilität des Pharynx ganz ungestört. Vorübergehende Abweichungen in Bezug auf Ab- und Adduktion der Stimmbänder kommen auch bei gesunden, besonders ungeübten Personen vor. Bei einem Tabeskranken fand D. ein Hinüberfallen des einen Aryknorpels, das aber allem Anschein nach von einer Abnormität im Crico-arytenoidgelenk herrührte. Schließlich giebt D. eine Übersicht der bei der Tabes überhaupt vorkommenden nervösen Erkrankungen des Kehlkopfes. **Kayser** (Breslau).

23. **F. Crossfield** (Hartford). Epilepsy caused by intra-nasal disease.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1890. Januar 25.)

Im Februar 1886 wurde C. von einem jungen Manne konsultirt, welcher seit 6 Jahren an Epilepsie litt; die Anfälle traten wenigstens 2mal im Monat auf. Zur Zeit der Untersuchung war Pat. sehr abgemagert, hustete viel, zumal in der Nacht,

hatte auch Nachtschweiße, so dass man an eine Phthisis dachte; der objektive Befund auf den Lungen gab aber keinen Anhalt für eine Tuberkulosis. Gegen die Epilepsie waren ohne Erfolg unsere gebräuchlichen Medikamente angewandt worden. Die Untersuchung der Nase stellte rechts eine chronische Verdickung und Schwellung fest, welche zu einer erheblichen Stenose geführt hatte; in der linken Nasenhöhle präsentirte sich eine Deviation des Septum, auf welchem eine kleine Exostose zu sehen war, und eben so eine chronische Hypertrophie. Die Pharynxtonsillen waren ungeheuer vergrößert; im Pharynx bestand ein intensiver granulärer Katarrh. Nach Beseitigung der hypertrophischen Tonsillen, der Exostosis im Nasenraum auf chirurgischem Wege, schwand der Husten und die Abzehrung; während der Eingriffe im Nasenrachenraum trat noch einmal ein epileptischer Anfall auf; seit jener Zeit, also seit mehr als 3 Jahren, ist kein Krampfausbruch mehr erfolgt. Bei einem zweiten Pat. von 17 Jahren, welcher seit seinem 9. Jahre an Epilepsie litt und trotz aller medikamentösen Behandlung wöchentlich 2, 3, ja oft täglich ein oder mehrere Anfälle erlitt, brachte die Behandlung ähnlicher Nasenstörungen solche Besserung, dass nur einmal ein schwacher Anfall vorkam und bis jetzt, d. h. seit 5 Monaten, kein Krampf mehr auftrat.

Prior (Köln).

24. **Ehrmann.** Über die Anwendung und Wirkung des Acidum trichloraceticum bei den Krankheiten der Nase und des Rachens.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9.)

In der ambulatorischen Klinik von Jurasz sind ausgedehnte Untersuchungen über die Wirkungsweise der Trichloressigsäure angestellt worden, die sehr zur Anwendung dieses Ätzmittels, besonders in der Rhinochirurgie, ermuntern. Unmittelbar nach der Applikation des Medikamentes auf die Schleimhaut bildet sich ein trockener, glatter, fest anhaftender Schorf, der sich rascher ablöst als der durch die Chromsäure erzeugte, fast gar keine entzündliche Reaktion hervorruft und fast gar keine Beschwerden nach sich zieht. Man kann schon nach 6 Tagen die Kauterisation wiederholen.

Die Erkrankungen, bei welchen das Acidum trichlor. acet. in Substanz als Ätzmittel angewandt wurde, waren: diffuse Hypertrophie der unteren und mittleren Muscheln, polypoide Hypertrophien, Tonsillen, Hypertrophia nodularis, follikuläre Pharyngitis, Hypertrophie der Zungenbalgdrüsen, in Summa 140 Fälle.

Auch als adstringirendes Mittel, hauptsächlich bei Pharynxkrankheiten, wurde die Trichloressigsäure in folgender Zusammensetzung angewandt:

Jodi puri	0,15
Kal. jod.	0,2
Acid. trichloracet.	0,15 (— 0,3)
Glycer.	30,0.

Bei den Heilerfolgen ist, wie das Verf. mit Recht hervorhebt, gewiss auch dem Jod ein Antheil zuzuschreiben.

Seifert (Würzburg).

25. **Prevost.** Note relative à l'engouement pour les nouveaux remèdes.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1890. März 20.)

Selten, aber darum doch beachtenswerth, sind in unserer therapiefrohen Zeit die Stimmen, welche vor einem zu schnellen Gebrauch gerade neuerer Heilmittel noch vor einer eingehenden Prüfung und umfassenden Erfahrung warnen. P. bemüht sich, in dem citirten Vortrage unter Anlehnung an einen Artikel Falk's (Therapeut. Monatshefte 1890, Februar) desselben Inhalts auf die Gefahren aufmerksam zu machen, welche einer Anzahl solcher, auf scheinbar wohlbegründeter theoretischer Basis in die Praxis eingeführter Arzneimittel anhaften. Er macht darauf aufmerksam, wie so viele dieser Mittel in die Welt gesetzt werden mit der Versicherung, dass ihnen alle schädlichen Einwirkungen fehlen unter Beifügung einiger Krankengeschichten und Zusammenstellung einiger Hundert Prüfungen, und wie dann bald von anderer Seite Vergiftungserscheinungen aller Art als Folge des Gebrauches beschrieben werden, so dass der praktische Arzt sehr häufig es

schmerzlich empfinden muss, Giftstoffe anstatt Heilmittel in Anwendung gezogen zu haben. Das Chinoidin, Kairin, Thallin, Hypnon, Urethan, Salol, Sulfonal, Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Exalgin u. A. zieht P. in den Kreis dieser Mittel. Besonders abfällig spricht er sich über das Exalgin aus und zeigt an der Hand einiger Krankengeschichten seine nachtheiligen Folgen. Wenn P. nun auch zu weit gegangen ist, indem er alle genannten Mittel in diese eine Kategorie zusammenfasst, so lässt sich doch nicht leugnen, dass in dieser Warnung ein wahrer Kern steckt, und es ist zweifellos, dass seine Anschauung in nicht langer Zeit von einem größeren Theile des ärztlichen Publikums getheilt werden wird als es jetzt noch der Fall ist. **Rosin** (Breslau).

26. **Fraser.** Action analgésique de la méthylacétanilide ou exalgine.

(Bullet. génèr. de thérap. 1890. März 15.)

Das vorgenannte Mittel wurde von F. bei den verschiedenartigsten neuralgischen Affektionen in Anwendung gezogen und zwar in der Dosis von 0,03—0,25. Pro die riefen 0,85 keine üblen Nebenwirkungen hervor. Die schmerzmildernde Wirkung ist nach den Angaben des Verf. eine vorzügliche.

Peiper (Greifswald).

27. **Riess.** Aus dem Gebiete der Antipyreselehre.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 173.)

Ausgehend von dem Standpunkte, dass ein Aufgeben der antipyretischen Methoden als ein bedauerlicher Rückschritt in der Therapie der akuten Infektionskrankheiten zu bezeichnen wäre, schildert Verf. die von ihm beim Abdominaltyphus und anderen Infektionskrankheiten angewandte Behandlung mit permanenten Bädern. Unter 809 mit dieser Methode konsequent behandelten Typhusfällen betrug die Zahl der Todesfälle 69 = 8,5%. Als Durchschnitt aus den 740 nicht gestorbenen Fällen ergab sich für die Fieberdauer vom ersten Erkrankungstage an gerechnet bis zum letzten Tage, an dem das Bad ausgesetzt werden konnte, eine Dauer von 17,9 Tagen. Sehr günstig äußerte sich die Behandlung auf die Gehirnerscheinungen, auf die Herzaktion, die Lungen, die Darmthätigkeit und die Komplikationen. Diese Erfahrungen sind, wie R. mit Recht betont, unvereinbar mit der Anschauung, dass solche antipyretische Methoden unnütz oder gar schädlich seien, dass die fieberhafte Temperatur ein Schutz des Körpers gegen die Krankheitsursache sei und in ihrer Beseitigung eine Gefahr für den Organismus liege. Bestände diese Anschauung zu Recht, so müsste von den vielen mit dieser Methode behandelten Fällen wenigstens ein Theil eine Verschlimmerung irgend eines Symptomes als Folge der Temperaturerscheinung gezeigt haben, was niemals der Fall war. **Peiper** (Greifswald).

28. **Pollak.** Ein Fall von Leuchtgasvergiftung.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Mai.)

Ein Mann hatte in seinem Verkaufsladen einen mit einem offenen Gashahn verbundenen Gummischlauch unter sein Hemde gesteckt und sich auf den Ladentisch ausgestreckt hingelegt. Der naheliegende Gedanke, dass es sich um einen Selbstmordversuch handelte, erwies sich als irrig, vielmehr hatte Pat., wie sich herausstellte, einem Volksaberglauben (Prag) folgend, es als Kur gegen seine asthmatischen Beschwerden angewendet. Diese Kur wäre ihm allerdings beinahe zu gründlich gelungen. Pat. lag in tiefem Koma da und es musste fast $1^1/_2$ Stunde lang künstliche Respiration gemacht werden. Dann aber kam der Kranke wieder zu sich und nach 8stündigem tiefem Schlafe war derselbe so ziemlich wieder hergestellt. So endete auch dieser Fall, wie fast alle veröffentlichten Fälle von Leuchtgasvergiftung, günstig. **Rosin** (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 42. **Sonnabend, den 18. Oktober.** **1890.**

Inhalt: 1. **Meltzer**, Selbststeuerung der Athmung. — 2. **Stefani** und **Gallerani**, Aktivität der Diastole. — 3. **Bouchard**, Lokalerkrankung bei Infektionskrankheiten. — 4. **v. Hösslin**, Chlorose. — 5. **Boas**, Dünndarmverdauung. — 6. **Stintzing**, 7. Derselbe, Magenschleimhaut. — 8. **Rosenheim**, Magengeschwür und Krebs. — 9. **Vierordt**, Peritonealtuberkulose. — 10. **Holschewnikoff**, 11. **v. Recklinghausen**, Syringomyelie und Akromegalie. — 12. **v. Liebig**, Bergkrankheit.

13. **Wood** und **Hare**, Chloroformtod. — 14. **Citron**, Eiweißgehalt und specifisches Gewicht pathologischer Flüssigkeiten. — 15. **Bond**, Diagnose der chronischen Nephritis. — 16. **Geigel**, Alternirende Mitralinsufficienz. — 17. **Herzog**, Nervöse Dyspepsie. — 18. **Cramer**, Dysenterie nach Kalomelinjektionen. — 19. **Möser**, Oberkieferperiostitis nach Influenza. — 20. **Fr. Schultze**, Taubstummheit und Meningitis. — 21. **Sänger** und **Sick**, Aphasie durch Gehirnabscess, Trepanation, Heilung. — 22. **Thomsen**, Alkoholneuritis. — 23. **Bidder**, Karbolinjektionen bei traumatischem Tetanus. — 24. **Pringle**, Kongenitales Adenoma sebaceum. — 25. **Ohmann-Dusmenil**, Kraurosis vulvae. — 26. **Petersen**, Ausschabung bei Ulcus molle. — 27. **Kleeblatt**, Heilwirkung des Erysipel bei malignen Tumoren.

Bücher-Anzeigen: 28. **Gerhardt**, Lehrbuch der Auskultation und Perkussion. 5. Aufl. — 29. **Edelmann**, Elektrotechnik für Ärzte.

1. **S. J. Meltzer.** On the self-regulation of respiration.

(New York med. journ. 1890. Januar.)

M. findet in den sog. Schluckathmungen ein Kriterium dafür, ob bei centraler Vagusreizung der N. laryngeus superior an dem Athmungsstillstande betheiligt sei oder nicht. Bei Erregung des N. laryngeus sup. nämlich treten wiederholte Schluckbewegungen auf, die sich an der Athmungskurve deutlich markiren. M. konnte sich nun davon überzeugen, dass bei der durch centrale Vagusreizung hervorgerufenen Hemmung der Respiration dieses Kennzeichen einer Mitreizung des oberen Kehlkopfnerven nicht vorhanden ist.

Bezüglich der von ihm beobachteten Reizerfolge bestätigt M. zumeist Bekanntes. Er fand bei schwachen und mittelstarken auf den Vagus applicirten Reizungen sowohl in- als exspiratorische Wir-

kungen. Starke Ströme riefen Athmungsstillstand in aktiver oder passiver Exspirationsstellung hervor. Die interferirende Wirkung der beiden zugleich gereizten Fasergattungen, der hemmenden und erregenden, hat nach M. Ähnlichkeit mit derjenigen, die bei gleichzeitiger Reizung des peripherischen Vagusstumpfes und des Accelerans am Herzen sich geltend macht. Insbesondere stimmen auch die »Nachwirkungen« der Reizung damit überein, besonders die Thatsache, dass auf einen durch die Reizung hervorgebrachten exspiratorischen Stillstand eine inspiratorische Nachwirkung zu folgen pflegt.

M. glaubt, dass nach dieser Richtung auch die Hering-Breuer'sche Selbststeuerungstheorie modificirt werden kann. Er nimmt mit Hering an, dass die inspiratorische Aufblähung der Lunge die athmungshemmenden Vagusfasern derartig erregt, dass die Einathmung sich selbst ein Ende bereitet. Gleichzeitig aber werden seiner Meinung nach auch die inspiratorischen Fasern angeregt. Nur kommt ihre Wirkung erst als Nachwirkung zur Erscheinung, nachdem die erregende Lungendehnung aufgehört hat, nachdem Exspiration eingetreten ist. Ihr entspricht eine neue Inspiration. Die Betheiligung des Lungencollapses bei der Selbststeuerung will M. nicht gelten lassen.

Es kann nicht geleugnet werden, dass diese Anschauungsweise viel Ansprechendes hat; doch scheinen ihr vorläufig noch gewisse experimentelle Erfahrungen anderer Forscher entgegenzustehen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **A. Stefani** e **G. Gallerani.** Contribuzione farmacologica alla dottrina dell' attività delle diastole.

(Arch. per le scienze med. Vol. XIV. No. 9.)

Die Verff. maßen die diastolische Kraft des Herzens durch den Druck, der innerhalb des Pericardialsackes auf das Herz einwirken muss, um den Kreislauf aufzuheben. Sie füllten das Pericard von Hunden mit einer 1 % igen Kochsalzlösung unter bestimmbarem Drucke. Gleichzeitig verbanden sie die Carotis mit dem Hg-Manometer des Kymographions und die Vena cava von der Jugularis aus mit einem eine Magnesiumsulfatlösung enthaltenden Manometer. Steigerten sie nun allmählich den intrapericardialen Druck, so stellte sich bei einer gewissen Höhe desselben der Carotidendruckmesser auf einem festen Niveau (etwa 15—20 mm Hg) ein. Wurde jetzt der Venendruck einerseits und der pericardiale andererseits abgelesen, so ergab ihre Differenz ein Maß für die diastolische Kraft des Herzens.

Hatten die Verff. diese am unvergifteten Thiere wiederholt bestimmt, so führten sie in eine Vene das auf seine Wirksamkeit zu untersuchende Gift ein und bestimmten alsdann die Stärke der Diastole aufs Neue.

Auf diese Weise fanden sie, dass Digitalis, Strychnin und

Koffein dieselbe vermehren, während Atropin sie verringert. Das Letztere ist zu erklären durch die Lähmung der Vagi, die nachweislich ebenfalls die Kraft der Diastole beeinträchtigt. Vom Koffein nehmen die Verff. an, dass dasselbe durch Reizung des Vaguscentrums wirksam ist, während sie bei der Wirkung der Digitalis und des Strychnins diesem Mechanismus nur eine geringe Bedeutung zuschreiben gegenüber den starken Einflüssen, welche diese Gifte auf den Herzmuskel selbst ausüben.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. **Bouchard.** Rôle et mecanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses.

(Compt. rend. des séances de l'acad. des sciences Bd. CIX. p. 19.)

Je größer die Virulenz oder die Zahl der eingeführten Bacillen ist, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Infektion und zwar kann bei fehlender Immunität oder excessiver Virulenz Allgemeininfektion ohne Erkrankung der Infektionsstelle, bei relativer Immunität oder geringer Virulenz umgekehrt Lokalerkrankung ohne Allgemeininfektion eintreten; bei absoluter Immunität oder fehlender Virulenz bleibt örtlich und allgemein die Infektion aus. Dass nicht die Lokalerkrankung erst die Immunität schafft, sondern in der Präexistenz der letzteren ihre Ursache hat, lässt sich bei der »Maladie pyocyanique« zeigen. Während das Meerschweinchen schon von Natur relativ immun gegen den Bacillus pyocyaneus ist und darum nur mit einer Lokalerkrankung reagirt, lässt sich bei dem Kaninchen letztere dadurch hervorrufen, dass man es vorher immunisirt. Die Untersuchung der Infektionsstelle ergiebt, dass im Gegensatz zu dem nicht vaccinirten Kaninchen bei dem immunisirten die Bacillen nicht an Zahl zunehmen, sondern bald verschwinden. Die Leukocyten, welche sich bei dem letzteren in viel größerer Menge ansammeln, spielen hier zwar, nach B., eine wesentliche Rolle, doch giebt er zu, dass abgesehen von der Entfernung durch Phagocytose, der Bacillus in den Gewebssäften des immunisirten Thieres für seine Vermehrung an und für sich ungeeignete Verhältnisse antrifft.

H. Neumann (Berlin).

---

4. **H. v. Hösslin.** Über Hämatin und Eisenausscheidung bei Chlorose.

(Vortrag auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg.)
(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 14.)

H. sucht seine schon früher ausgesprochene Anschauung, dass die Chlorose keine besondere Konstitutionsanomalie, sondern nur eine Anämie wie jede andere ist, durch neues Beweismaterial zu stützen. Nach seiner Auffassung liegen der Chlorose immer occulte Blutungen, also in den Magen-Darmtractus, zu Grunde. Er glaubt den Beweis dafür dadurch erbracht, dass einmal, wie er aus einer Summe

von Sektionen nachweisen konnte, der Magen überhaupt vor allen anderen Organen zu Blutungen disponirt ist und dass eine Menge Blutungen in den Digestionstractus vorkommen, die sich klinisch auch bei Untersuchung des Koths der Wahrnehmung entziehen müssen. Ferner hat er bei Chlorotischen Hämatin und Eisen in größeren Mengen wie normal gefunden, also unter sonst gleich bleibenden Verhältnissen Reste untergegangenen Hämoglobins, das nur aus solchen Blutungen stammen konnte. Dass Männer weniger als Frauen zur Chlorose disponirt sind, glaubt er durch die eisenhaltigere Kost der ersteren und durch den »kräftigeren« i. e. HCl-reicheren Magensaft, der die Eisenverbindungen der Nahrung zersetzt, erklären zu können. Die Magenblutungen selbst dürften nur zum geringsten Theil wirklichen Magengeschwüren ihren Ursprung verdanken, die Mehrzahl durch oberflächliche Substanzverluste bei unzweckmäßiger Ernährung etc. entstehen. Auch der therapeutische Erfolg des Eisens könne nur für die Auffassung sprechen, dass die Chlorose durch Hämorrhagien im Magen entstehe, da das sich im Magen bildende Eisenchlorid das beste Hämostaticum sei, eben so der Umstand, dass die Chlorose klinisch mit dyspeptischen Symptomen gewöhnlich verlaufe. Und schließlich sei das grünlich-gelbe Kolorit der Haut sicher eine Folge des resorbirten Hämatin. Es bedarf nicht der Hinzufügung, dass Verf. mit seinen Ansichten auf großen Widerstand stoßen wird.

Honigmann (Gießen).

---

5. **Boas.** Über Dünndarmverdauung beim Menschen und deren Beziehungen zur Magenverdauung.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Verf. hat gefunden, dass man bei einer nicht geringen Zahl Gesunder und Kranker wirksamen Duodenalsaft, d. h. ein Gemisch von Galle, Pankreassaft und eigentlichen Succus entericus leicht gewinnen kann durch Aspiration und Expression, oder, wo diese Methoden versagen, durch Sondirung in horizontaler Lage. Er charakterisirt die Eigenschaften des Darmsaftes im Allgemeinen, so wie die seiner einzelnen Bestandtheile, wobei besonders hervorzuheben ist, dass auch nach B.'s Untersuchungen die frühere Anschauung von der Emulsionswirkung des Pankreassaftes unhaltbar ist; bespricht sodann die zwischen Magen- und Darmverdauung bestehenden Wechselbeziehungen, schildert den Hergang der Dünndarmverdauung nach eigenen in einem besonderen Apparate angestellten Versuchen und erläutert, wie sich dieselbe bei Anomalien der Magenverdauung, sowohl bei Abschwächung der motorischen Kraft, wie bei den verschiedenen Formen der chemischen Alteration gestaltet. Zum Schluss wird auf die sich hieraus ergebenden therapeutischen Anhaltspunkte, namentlich in Bezug auf die Darreichung der Salzsäure hingewiesen.

Markwald (Gießen).

---

6. **R. Stintzing.** Zum feineren Bau und zur Physiologie der Magenschleimhaut.

(Sitzungsberichte der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie in München am 30. Juli 1889.)

7. Derselbe. Über die Magenschleimhaut bei Sekundärerkrankungen des Magens.

(Ibid. 3. December 1889.)

Bereits 1 Tropfen stark verdünnter Salzsäure färbt tiefrothe Congorothlösung blau. Verf. benutzte diese Reaktion, um zu sehen, an welchen Theil der Magenschleimhaut die Bildung der Salzsäure gebunden sei. An Schnitten von Mägen verschiedener Thiere, welche mit Congoroth gefärbt waren, fand er innerhalb der Fundusdrüsen kleine blaue Körnchen; jedoch hält er dies noch nicht für einen sicheren Beweis der Salzsäurebildung in den Zellen, da auch außerhalb derselben solche Körnchen vorhanden waren. Das Congoroth ist ein sehr gutes Färbemittel für die Magenschleimhaut. Verf. empfiehlt folgende Doppelfärbung: 1—2 Minuten Böhmer'sche Hämatoxylinlösung, einige Sekunden äußerst verdünnte HCl-Lösung, Ausspülen in Wasser, 2—3 Minuten schwache wässrige Lösung von Congoroth, Wasser etc. So wird das Protoplasma der Belegzellen roth, der Hauptzellen blau, die Kerne beider tiefblau. Die Untersuchungen, welche S. an der Schleimhaut des Magens von Thieren, die in verschiedenen Stadien der Verdauung oder im Hungerzustande waren, anstellte, ergaben im Wesentlichen dieselben Resultate, welche Heidenhain erhielt. 4 Stunden nach Nahrungsaufnahme sind die Hauptzellen groß, die Belegzellen klein; 12 Stunden nach Nahrungsaufnahme ist das Verhältnis umgekehrt, zahlreiche Belegzellen haben doppelte Kerne (wahrscheinlich Kerntheilung). Sehr verändert zeigte sich die Schleimhaut des Magens eines Thieres, welches 11 Tage lang gehungert hatte. Die Zahl der Belegzellen ist vermindert, sie selbst sind geschwollen, die Kerne vergrößert. Die Hauptzellen sind vergrößert, ihre sonst wandständigen Kerne mehr nach der Mitte gerückt. Viele Belegzellen enthalten Vacuolen. An manchen Stellen entsteht der Eindruck, als wenn eine Belegzelle sich in eine Hauptzelle umwandle. Unter Abänderung der oben genannten Färbungsmethode fand Verf. im Bindegewebe des Schweinemagens die Ehrlich'schen eosinophilen Zellen, daneben in jedem Menschen- und Thiermagen Mastzellen und beim Schwein außerdem congophile Zellen. Diese Zellformen stehen zu bestimmten Verdauungsstadien in keiner direkten Beziehung. —

Verf. berichtet ferner über die Veränderungen der Magenschleimhaut bei Affektionen anderer Organe und Allgemeinerkrankungen. Er untersuchte den Magen einer 23jährigen an Lungentuberkulose (mit mäßigem Fieber) verstorbenen Pat. Die oberste Schicht der Schleimhaut war stark hyperämisch. Es waren wenige das Oberflächenepithel durchwandernde Leukocyten vorhanden. Im Lumen der mäßig erweiterten Drüsen schleimige (?) Massen. Die Belegzellen waren an Zahl nicht vermindert, sie sowohl wie die Hauptzellen waren schlecht differenzirt. Intraglan-

duläre Mastzellen. In der Muscularis mucosae kein Pigment. Ein anderer Fall betraf einen 25jährigen Mann, der an Hypertrophie und Dilatation des Herzens mit Stauungserscheinungen gestorben war. In allen Schichten der Mucosa starke Bindegewebshyperplasie; die Zahl der Drüsenschläuche war verringert, diese selbst verästelt. Die Drüsen erweitert, in vielen Belegzellen mehrere Kerne. Viele Mastzellen, die häufig zwischen Tunica propria und Drüsenzellen, bisweilen zwischen diesen bis ans Lumen vordrangen. Muscularis mucosae wenig verdickt, enthielt spärliches Pigment. Noch 2 Fälle von Unterleibstyphus. Im Magen des einen Falles Degeneration der Drüsenzellen mit Vermehrung des Bindegewebes. Drüsenschläuche vielfach erweitert, mit schleimigem Inhalt. Der Magen des anderen Pat. (Typhus mit Herzerkrankung) enthielt geringe Zahl von Belegzellen. In der Muscularis viel Pigment, welches bei dem anderen Typhusfall fehlte. Bei beiden intraglanduläre und zwischen den Zellen des Oberflächenepithels liegende Mastzellen. Betreffs des Pigmentes in den beschriebenen Magen ist Verf. der Ansicht, dass dasselbe sich bei solchen Personen findet, deren Magen »schon häufigeren Insulten ausgesetzt waren«, und dass sein Vorkommen pathologisch sei.

G. Meyer (Berlin).

---

8. **Th. Rosenheim.** Zur Kenntnis des mit Krebs komplicirten runden Magengeschwürs. (Aus der Klinik des Herrn Prof. Senator.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Auf Grund von vier selbst beobachteten und ausführlich mitgetheilten Fällen bespricht Verf. diejenigen Momente, welche für die Symptomatologie und Diagnostik des mit Carcinom komplicirten Ulcus verwerthbar sind. Eine auffallende Übereinstimmung, wenn auch nicht absolute Gesetzmäßigkeit bietet in allen Fällen die Sekretion dar, indem im Gegensatz zu der Mehrzahl der einfachen Carcinome oft bis zum Tode ein normales Drüsensekret geliefert wird, ja, sich zuweilen auch bedeutende Hyperacidität und Hypersekretion findet. Der Grund hierfür liegt in der anatomischen Ausbreitung des Krebses, indem das komplicirende Carcinom sich vorwiegend nur in der Tiefe des Geschwürs entwickelt und in Folge dessen die Schleimhaut des Magens lange Zeit intakt bleibt — bei den weichen Krebsen dagegen kommt, anders als bei den scirrhösen, schneller eine begleitende Gastritis zu Stande. Anamnese und Verlauf ermöglichen nur in einer Minderzahl von Fällen die Erkennung des primären Ulcus, das meistens entweder latent verläuft, oder sich bald nach seinem Entstehen mit der nun in den Vordergrund tretenden Neubildung komplicirt.

Für die Diagnostik ergiebt sich hieraus, dass, wenn unzweifelhafte Krebssymptome bestehen, das Vorhandensein freier Salzsäure auf der Höhe der Verdauung resp. Hyperacidität für die Entstehung des Neoplasma aus einem Ulcus spricht. Andererseits spricht das Fehlen freier Salzsäure bei sicheren Zeichen von Carcinom nicht gegen die Genese desselben aus einem Ulcus, da andere Komplikationen, wie die in dem einen Falle beobachtete perniciöse Anämie, die Sekretionsfähigkeit der Drüsenelemente beträchtlich herabsetzen können oder das Carcinom durch sehr schnelles Wachsthum das

Ulcus überwuchern und seinen deletären Einfluss auf die gesammte Schleimhaut des Magens ausüben kann. Bei sicheren Zeichen von Ulcus spricht das Vorhandensein freier Salzsäure nicht gegen ein komplicirendes Carcinom, das Fehlen derselben dafür, wenn noch sonstige Verdachtsmomente gegeben sind. **Markwald** (Gießen).

---

9. **O. Vierordt.** Über die Peritonealtuberkulose, besonders über die Frage ihrer Behandlung.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 369.)

V. fasst die Resultate seiner sehr interessanten Arbeit in folgenden Sätzen zusammen: Da die subakute und chronische Bauchfellentzündung sehr häufig tuberkulös ist, so muss in jedem Falle einer chronischen Peritonitis, deren Ätiologie nicht klar ist, die Möglichkeit der Tuberkulose in Betracht gezogen werden. Symptomatisch kann die nicht tuberkulöse Peritonitis unter den gleichen Erscheinungen wie die tuberkulöse verlaufen. Wenn die tuberkulöse Peritonitis bei Bettruhe, Diät etc. spontan oder durch gewisse lokal angewandte Medikamente nicht zur Heilung gelangt, so ist, ehe die Kräfte des Pat. erheblich gelitten haben, die Laparotomie zu erwägen. Punktionen nützen erfahrungsgemäß nichts. Für das Studium des Nutzens der Laparotomie ist in Zukunft streng zwischen der Incision mit Entleerung des Exsudates und größeren Operationen zu unterscheiden. Die einfache Incision kann zur Heilung führen. Vielleicht bietet die günstigsten Aussichten auf Heilung diejenige Form der Tuberkulose der serösen Häute, wo sich an eine Pleuritis später eine Peritonitis anschließt. Auch bei unheilbarer Ausgangstuberkulose kann der palliative Nutzen der Incision ein bedeutender sein. Bei jeder Incision des Bauchfelles wegen chronischer Peritonitis sollte ein kleines Gewebsstückchen zur näheren Untersuchung excidirt werden. **Peiper** (Greifswald).

---

10. **Holschewnikoff.** Ein Fall von Syringomyelie und eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen (Akromegalie). (Aus dem pathologischen Institut der Universität Straßburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

11. **F. v. Recklinghausen.** Über die Akromegalie. (Nachschrift zu der vorstehenden Abhandlung des Herrn Dr. Holschewnikoff.)

(Ibid.)

Pat., 36 Jahre alt, wurde plötzlich von Krämpfen befallen, die von den unteren Extremitäten aus sich über den ganzen Körper verbreiteten. Am 4. Tage erlag Pat. dem tetanischen Anfall. Die Sektion (v. Recklinghausen) ergab: Außen an der Dura ziemlich starke Injektion der Gefäße. Am unteren Theil des Halsmarkes ziemlich starke Verwachsung zwischen Dura und Pia, dann wieder am oberen Theil desselben. In der Höhe der 3. Wurzel findet sich an der Basis

des linken Hinterhornes ein Spalt, der sich durch das ganze Hinterhorn fortsetzt. In der Höhe der 7. Wurzel zeigt sich, dass auch der mittlere Theil des Querschnittes der grauen Substanz eine tiefe Einsenkung bis in die Hinterhörner hinein enthält. Im Dorsalmark ein Kanal, der nur die Vorderhörner freilässt. Etwas unter der Mitte des Brustmarkes hört die Höhle auf. Zuletzt findet sich dieselbe noch im rechten Vorderhorn. Hypophysis normal. Hände plump, tatzenartig, schrundig , schwielig. Erbsengroße Exostose auf der Ulnarseite des Köpfchens der Basalphalanx des linken Daumens und am 3. Metacarpus neben seinem Köpfchen. Epidermis an den Schwielen fast 5 mm dick. Füße plump. Zehen wie Finger sehr dick und massig. Die mikroskopische Untersuchung der grauen Substanz des Rückenmarkes ergab eine übermäßige Wucherung des interstitiellen Gewebes, der Neuroglia, die sich über den größten Theil seiner Länge erstreckte, von der Höhe des 2. Halsnerven bis zu der des 9. Brustnerven. Die Höhlen schienen durch den Verfall des gliomatösen Gewebes zu Stande gekommen zu sein. Die Untersuchung der 4 unteren Halsnerven ergab eine mehr oder minder fortgeschrittene Atrophie. Am 5. und 6. Halsnerven, eben so an den Plexus brach. und den Handnerven fanden sich Körper, die oval oder rundlich waren, homogen und glänzend aussahen, innerhalb der Schwann'schen Scheide lagen und längs der einzelnen Nervenbündel unregelmäßig zerstreut waren. Mit Jod färbten sie sich nicht braun; sie waren hyaliner Natur. Die Hornschicht der linken Hand stark verdickt. Das Corium enthielt unmittelbar unter der Papillarschicht viele und starke, dem Sehnengewebe ähnliche Faserbündel, die sich auch in geringerem Maße unterhalb des Stratum reticulare fanden. Gewebe fettarm. Lumen der Gefäße weiter als gewöhnlich, Wandungen dünner. Entzündliche Processe dort nirgends nachzuweisen. Es bestand also eine systematisch von dem Centralorgan nach der Peripherie fortschreitende Nervenerkrankung.

In Folge der bei der Autopsie konstatirten riesenhaften Entwicklung der Hände und Füße rechnet Verf. den vorliegenden Fall zur Akromegalie. Verf. hält den Zusammenhang der Nervenerkrankung mit letzterer Affektion für sicher und spricht daher den Fall als eine neurotische Hypertrophie an. Für die Entstehung der Hypertrophie macht H. die hinteren Wurzeln und besonders die vasomotorischen Fasern derselben verantwortlich. —

v. R. fasst die charakteristischen Kennzeichen der Akromegalie folgendermaßen zusammen: 1) Das wichtigste Symptom bildet die ungewöhnliche und unverhältnismäßige Größe der äußersten Theile des Körpers: Finger, Zehen, Nase, Ohr, Lippe, Wange, Zunge, Kinn, seltener Penis und Clitoris. 2) Das Übermaß dieser gipfelnden Theile, so wie der Fortschritt ihrer Hypertrophie tritt immer erst nach Abschluss des allgemeinen Körperwachsthums auf, am meisten im 3. oder 4. Lebensjahrzehnt. Das Wachsthum der Riesen ist im Gegensatz hierzu schon mit dem 20. Lebensjahre fast stets beendet. v. R. vermag daher die Freund-Virchow'sche Anschauung, dass es sich bei der Akromegalie um eine Hypertrophie, welche mit derjenigen der allgemeinen und partiellen Makrosomie zu identificiren sei, handelt, nicht anzuerkennen. 3) Bei der Akromegalie handelt es sich durchweg um eine Verdickung der gipfelnden Körpertheile. v. R. schlägt daher vor, die Bezeichnung »Pachyacrie« zu wählen, zumal hierdurch auch die Verwandtschaft mit der Pachydermie angedeutet wäre. 4) v. R. hält die Akromegalie nicht für eine Wachsthumsanomalie, sondern für eine eigene Krankheit auf neurotischer Basis. Zur Stütze für die neurotische Natur der Affektion citirt v. R. die beobachteten nervösen Erscheinungen aus der Litteratur über die

Akromegalie. Die angeführten subjektiven und objektiven Störungen an den vergrößerten Körpergipfeln stimmen in mancher Beziehung mit den bei Neuritis eines peripherischen Nervenstammes auftretenden überein. Da diese als vasomotorische aufgefasst werden, so wird man auch die der Akromegalie eigenthümlichen Neurosen auf vasomotorische Impulse zurückführen können, zumal die Veränderung an den Gefäßen in dem obigen Falle diese Annahme unterstützt. Für die neurotische Natur der akromegalischen Hypertrophie zieht v. R. weiterhin die Gewebszunahmen nach mechanischer Einwirkung auf die Nerven, die Knochenverdickungen im Gefolge peripherischer Neurosen oder cerebraler Lähmungen, dann besonders die mächtigen Hypertrophien der Weichtheile bei der Lappenelephanthiasis und der Elephantiasis neuromatodes, so wie schließlich das Vorkommen der tatzenartigen Missgestalt von Hand und Fuß bei multiplen Neurofibromen in Vergleich. Auch das in einzelnen Fällen beobachtete Verhältnis der Erblichkeit findet sein Analogon in den Fällen multipler Neurofibrome. Der öfter beobachteten Vergrößerung der Hypophysis cerebri, die bei Riesen ziemlich konstant zu sein scheint, will R. keine Bedeutung zumessen. **A. Neisser** (Berlin).

---

12. **G. v. Liebig** (Reichenhall). Die Bergkrankheit.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 17 u. 18.)

Es ist seit langer Zeit bekannt, dass in den Höhen zwischen 3000—5000 m Menschen, welche dort geboren und aufgewachsen sind, in Frische und Arbeitskraft völlig normal erscheinen, während der Tiefländer in diesen Regionen häufig von Zuständen eigenthümlicher Art heimgesucht wird und erst nach längerer Zeit die beeinträchtigte Herrschaft über Körper und Muskeln frei ausüben kann. Man bezeichnet die Übergangserscheinungen, die auftreten, bevor eine völlige Anpassung des Organismus an die dünnere Höhenluft stattgefunden hat, mit dem Namen der Bergkrankheit. So bekannt nun auch die Symptome derselben sind, so weichen die Erklärungen über das ursächliche Moment solcher Störungen erheblich von einander ab. Meistens dreht sich die Frage darum, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem verdünnten Zustand der Höhenluft und ihrem hierdurch schwächeren Gehalt an Sauerstoff, so wie dem geringeren Drucke, den sie ausübt, und zwischen den Folgeerscheinungen der Bergkrankheit sich ermitteln lässt. v. L. stellt das Pro und Contra der Erklärungsversuche einander gegenüber und kommt, zum Theil gestützt auf seine früheren Veröffentlichungen, zu der Ansicht, dass die Ursache, welche bei Bewohnern des Tieflandes in Höhen zwischen 3000—5000 m die Erscheinungen der Bergkrankheit hervorruft, weder allein in der Verdünnung des Sauerstoffes der Luft, noch allein in dem veränderten Luftdruck gesucht werden kann; eine dritte Ursache tritt hinzu in der Elasticität der Lungen, welche unter dem verminderten Luftdrucke relativ stärker wird; ihre Verstärkung be-

dingt Veränderungen in der Athemweise, wodurch diese unter Umständen nicht mehr ausreicht, um aus der verdünnten Luft dem Blute die nothwendige Sauerstoffmenge zuzuführen; sie bewirkt eine Verengung der Lungenstellung, welche eine Überfüllung des venösen Systems und der Kapillaren mit Blut zur Folge hat.

Prior (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

13. **H. C. Wood and H. A. Hare.** The cause of death from chloroform.

(Med. news 1890. No. 8.)

W. und H. wenden sich mit Entschiedenheit gegen eine unter L. Brunton's Auspicien von einer Kommission indischer Ärzte zu Hyderabad angestellte Experimentaluntersuchung, der zufolge der Chloroformtod stets durch Lähmung des respiratorischen Centrums eintreten soll. Die von W. und H. mitgetheilten Blutdruck- und Respirationskuven zeigen dem gegenüber, dass entsprechend der bisher geltenden Anschauung in einer Anzahl von Fällen das Chloroform durch primären Herzstillstand tödtet; in einem Falle beispielsweise dauerte die Athmung 2 Minuten nach Aufhören der Herzaktion fort. Die Wirkung des Chloroforms auf das Herz ist hier jedenfalls eine direkte, sie tritt in gleicher Weise ein, wenn Chloroform eingeathmet, wie wenn es in die Jugularis injicirt wird; Durchschneidung des Vagus ändert an ihr nichts; auch ein reflektorischer, durch die sensiblen Nerven des Kehlkopfs bedingter Herzstillstand ist auszuschließen: Chloroform in den durch eine Tamponkanüle gegen die Trachea abgeschlossenen Kehlkopf gebracht, erzeugte nie Herzstillstand. Die Verff. halten es für möglich, dass ihre von denen der indischen Ärzte verschiedenen Resultate sich durch Rassenunterschiede der amerikanischen und indischen Hunde erklären. **Strassmann** (Berlin).

14. **Citron.** Zur klinischen Würdigung des Eiweißgehaltes und des specifischen Gewichts pathologischer Flüssigkeiten.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 129.)

In der vorliegenden Arbeit sucht Verf. an der Hand eines reichen Materials die Frage zu lösen, welchen Werth die Eiweiß- und Dichtebestimmung bei Trans- und Exsudaten für die klinische Diagnose bietet und weiterhin: in welcher Beziehung der Eiweißgehalt zum specifischen Gewicht stehe und durch welche Formel diese Beziehung auszudrücken sei. Verf. kommt auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchungen zu nachstehenden Folgerungen: Selbst die sorgfältigste Ermittelung des specifischen Gewichtes gestattet einen nur annähernden Schluss auf den Eiweißgehalt pathologischer Flüssigkeiten. Das specifische Gewicht, wie der Eiweißgehalt sind nur mit großer Vorsicht für die Diagnose zu verwenden, insbesondere bei niedrigen Werthen entzündliche Erkrankungen nicht mit Sicherheit auszuschließen. Die Wahrscheinlichkeit eines entzündlichen Processes wächst, je mehr das specifische Gewicht 1016, der Eiweißgehalt 3% überschreitet.

Peiper (Greifswald).

15. **C. S. Bond** (Richmond, Indiana). Early diagnosis of chronic kidney lesions.

(Amer. journ. of the med. sciences 1890. Januar.)

Eine Tabelle, welche die Krankendaten von 50 Fällen zusammenfasst, bildet die Grundlage für die Schlussfolgerung, dass lange, bevor Albumen, Cylinder und Nierenepithelien nachgewiesen werden können, die Nierenentzündung diagnosticirt werden kann durch den allgemeinen schlechten Gesundheitszustand des betr. Pat., welcher sich in vielfacher Weise äußert als Schwäche, Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Athemnoth, Schwindel etc.; dazu kommt, dass in allen solchen Fällen, welche

mit einer chronischen Nierenentzündung erkrankt sind, die Ausscheidung von Harnstoff sehr verringert ist. Diese beiden Symptomengruppen treten oft schon jahrelang früher als die Ausscheidung von Albumen hervor. **Prior** (Köln).

16. **Geigel.** Über alternirende Mitralinsufficienz. (Aus der medic. Klinik zu Würzburg.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 6.)

G. beschreibt folgenden Fall: Ein junges, »recht prüdes« Mädchen, wegen Gesichtsrose im Spital, zeigt jedes Mal während der Untersuchung der Brustorgane erst Herzklopfen, dann Pulsirregularität und schließlich nach kurzer Frist Übergang in exquisite Herzbigeminie. Unter normalen Verhältnissen bietet die Herzauskultation nichts Besonderes, dagegen ist während des Bigeminus entsprechend der zweiten Herzrevolution ein systolisches Geräusch an der Spitze und eine Verstärkung des zweiten Pulmonaltones deutlich nachweisbar. Dem ersten Pulsgipfel entspricht ein systolischer Ton. G. fasst den Fall als »alternirende Mitralinsufficienz« auf. Dieselbe soll seinen Grund darin finden, dass die Diastole der ersten Herzrevolution nicht ausreicht, um es bis zum Mitralklappenschluss kommen zu lassen, durch die offene Klappe regurgitirt dann, wie bei einer organischen Insufficienz, Blut in den Vorhof. Von besonderer Bedeutung erscheint ihm die Verstärkung des 2. Pulmonaltones. Verf. sieht in dem Auftreten dieses Phänomens hier einen Beweis für die alte Theorie von der Entstehung desselben durch direkte Wirkung der Stauung im Lungenkreislauf, im Gegensatz zu der heut allgemeiner verbreiteten Anschauung, dass dasselbe eine Folge der vermehrten Arbeitsleistung des rechten Ventrikels sei.

(Der Anschauung G.'s über diesen Fall vermag sich Ref. durchaus nicht anzuschließen. Die unvollständige Diastole ist das Charakteristicum jedes ausgeprägten Bigeminus. Was G. daher hier für seinen Fall charakteristisch erklärt, muss bei jedem anderen Bigeminus eben so stattfinden. Nimmt man einmal an, dass der Mitralklappenschluss noch in das Ende der Diastole fällt, oder mit anderen Worten den Endeffekt derselben darstellt, so wird es bei einer unvollständigen Diastole nie bis zum völligen Abschluss des Vorhofs kommen können, besonders wenn die nachfolgende Systole der zweiten Revolution nicht sehr energisch ist. Es wird also eine geringe Menge Blutes noch in den Vorhof zurückgehen. Das kann man aber nicht eine Mitralinsufficienz nennen, wenn man diese nicht als integrirenden Theil jeder Herzbigeminie bezeichnen will, was bisher wohl noch Niemand gethan hat. Das Pulsbild, welches der Verf. beigiebt, zeigt auch das gewöhnliche Sphygmogramm des Bigeminus ohne irgend welche Abweichung und es berührt etwas sonderbar, dass Verf. das Auftreten der zweiten Systole, bevor der absteigende Schenkel des ersten Pulses auf die Nulllinie gesunken, im Gegensatz zu den Angaben von Sommerbrodt und Riegel, als für seinen Fall eigenthümlich in Anspruch nimmt, während doch nach der allgemeinen heutigen Auffassung und besonders nach den Arbeiten des Letzteren gerade diese Form als der Typus des Bigeminus gegenüber dem Pulsus alternans aufgefasst wird. Der Verf. hat auch in einer nächsten Nummer der Wochenschrift seine unrichtigen Citate zurückgenommen.) **Honigmann** (Gießen).

17. **L. Herzog.** Beitrag zur nervösen Dyspepsie. (Aus der 1. med. Klinik zu Berlin.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Verf. hat eine Reihe von Magenkranken mit allgemeinen dyspeptischen Beschwerden, bei denen Ulcus, Carcinom oder Dilatation mit Sicherheit auszuschließen waren, auf die theils die Diagnose »nervöse Dyspepsie« im Leube'schen Sinne passte, theils zwischen Neurose und Katarrh schwankte, zum Gegenstand einer klinischen und »experimentellen« Untersuchung gemacht, in dem er den Chemismus unter Zuhilfenahme der gewöhnlichen Reagentien und der Cahn-Mehring'schen Analyse, die motorische Kraft durch die Klemperer'sche Ölmethode prüfte oder auf das Ausspülungsresultat zurückbezog. Er vermag die Fälle in solche mit

guter motorischer Kraft und solche mit motorischer Schwäche zu sondern. Von seinen 14 Pat. fielen in die erste Rubrik 9, in die zweite 6. Die Acidität war in der zweiten 5mal gesteigert, 3mal normal, 1mal vermindert, bei guter Motilität 4mal gesteigert, die übrigen beiden Male normal. Die Hyperacidität hält H. für die sekundäre Folge der motorischen Schwäche. Er kommt zu dem Resultat, dass mit Hilfe der Probeausspülungen für die Diagnose der nervösen Dyspepsie keine sicheren Anhaltspunkte gewonnen werden können, besonders gegenüber dem Katarrh.

Honigmann (Gießen).

18. **Cramer.** Ein Fall schwerer Dysenterie nach intramuskulären Kalomelinjektionen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.)

Bei einer 38jährigen Person, welche nach einem Fingerbad in einer $^1/_2{}^0/_{00}$igen Sublimatlösung schon Intoxikationserscheinungen gezeigt hatte, wurde wegen Lues eine Injektionskur mit Kalomelöl vorgenommen. Nach der 6. Injektion, die in 8tägigen Zwischenräumen applicirt wurden, traten intensive dysenterische Erscheinungen auf, welche 5 Tage andauerten. Verf. glaubt, dass weniger eine Idiosynkrasie gegen Hg, als vielmehr eine erhebliche Ansammlung von Hg im Körper stattgefunden habe, welche noch durch den heimlichen Gebrauch von Jodkalium seitens der Pat. begünstigt wurde.

Peiper (Greifswald).

19. **Möser.** Zwei Fälle von Periostitis des Oberkiefers in direktem Zusammenhange mit Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 15.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Periostitis des Oberkiefers, die am 5. resp. 4. Tage nach Ausbruch der Influenza zur Entwicklung kamen. In beiden Fällen war bei früher ganz gesunden Personen ohne anderweitige nachweisbare Ursache plötzlich erst leiser, dann heftiger Schmerz in den Zähnen entstanden, der sich endlich über den ganzen Oberkiefer verbreitete, wozu beim 2. Falle noch Affektion des Processus mastoideus hinzutrat. In beiden Fällen zeigte sich starke Schwellung der Schleimhaut des Gaumens, ähnlich wie bei Ödem ohne eigentliche Entzündungsröthe, erneutes Fieber, sogar Schüttelfrost; im 1. Falle trat eine Abscedirung am Gaumen mit theilweiser Bloßlegung des Knochens ein; im 2. Falle lag in geringerem Grade dieselbe Affektion vor.

M. Cohn (Berlin).

20. **Fr. Schultze.** Taubstummheit und Meningitis.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

Ein 8jähriges Mädchen erkrankte mit Fieber, Kopfweh, Erbrechen und Verstopfung. Bewusstsein intakt. Sprache verändert; am 3. Tage Taubheit, die bestehen blieb. Allmählich gesellte sich völlige Stummheit hinzu. 5 Jahre später ging Pat. an Lungen- und Darmtuberkulose zu Grunde.

Die Sektion und die mikroskopische Untersuchung ergab: Schwund der Striae acust., Nn. acustici erheblich verdünnt. Acusticuskerne normal. Nn. acustici stark atrophisch. Die Atrophie reicht bis zum Eintritt der Nerven in die Med. oblong. und zwar in der inneren Wurzel derselben, wo sie plötzlich aufhört. Die Cortischen Organe sind völlig geschwunden; die Hohlräume der Schnecke, so wie die halbzirkelförmigen Kanäle sind zum größten Theil durch osteoides Bindegewebe und durch Rundzellen ausgefüllt. Die übrigen Theile des Gehörorgans intakt.

In Bezug auf das Zustandekommen dieser Affektion weist Verf. auf die Ähnlichkeit des Auftretens der Poliomyelitis acuta und einiger Formen infantiler Cerebrallähmung hin. Obwohl eine Komplikation dieser Affektionen mit nervöser Taubheit zu den seltensten Erscheinungen gehört, so hält er die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen, dass es sich in allen diesen Fällen um denselben Krankheitserreger handeln könne. In vorliegendem Falle hält Verf. nach dem Ergebnis der Untersuchung es für sicher, dass die Entzündungserreger nicht von außen, sondern aus der Schädelhöhle von dem N. acusticus her in die Labyrinthe eingewandert sind, und dass die Veränderungen der Nn. acust. primäre und mit denjenigen des Labyrinths koordinirte Läsionen darstellen.

A. Neisser (Berlin).

21. **A. Sänger und C. Sick.** Aphasie durch Gehirnabscess. Trepanation. Heilung. (Aus dem neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 10.)

Der Fall erhält eine besondere Bedeutung durch seine Beziehungen zur Aphasie. Ein 52jähriger Mann mit linksseitiger chronisch purulenter Otitis media bekommt eine Exacerbation seines Leidens, heftige Schmerzen am linken Ohr und der ganzen Kopfseite; dazu gesellt sich eine erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, Hirndruckerscheinungen und eine Sprachstörung. Dieselbe ist charakterisirt einmal durch den Gebrauch unrichtiger verstümmelter Worte und durch das mangelnde Sprachverständnis. Bei der Aufforderung, vorgehaltene Gegenstände zu bezeichnen, hilft Pat. sich mit Umschreibungen. Schließlich tritt noch Stauungspapille hinzu und eine Parese des rechten Facialis. Die Diagnose wird auf einen circumscripten raumbeschränkenden Process im linken Schläfenlappen gestellt (nach Wernicke) und mit Rücksicht auf die Ohraffektion derselbe als Abscess aufgefasst, womit die Indikation zur Trepanation gegeben war.

Bei der Operation wird aus dem hinteren Drittel der 1. Schläfenwindung nach vorhergegangener Probepunktion 1 Esslöffel dicken Eiters entleert. Bereits 4 Tage nach der Operation hebt sich außer dem Allgemeinbefinden auch das Sprachverständnis des Pat. Es dauert jedoch noch einige Wochen, bis dasselbe gut und die Objektbezeichnung wieder richtig, eben so die Fähigkeit zum Rechnen hergestellt ist. Nach einigen Monaten stellte sich Pat. wieder vor, so gut wie normal, hat nur eine geringe Gedächtnisschwäche zurückbehalten.

Honigmann (Gießen).

22. **R. Thomsen.** Zur Klinik und pathologischen Anatomie der multiplen »Alkoholneuritis«.

(Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten Bd. XXI. Hft. 3. p. 806.)

Der erste der 3 Fälle T.'s betrifft eine akute, schwere, rasch tödlich verlaufende Neuritis mit vorwiegend paralytischen Symptomen nebst ausgesprochenen Augenmuskellähmungen bei einem jugendlichen Potator. Während die klinische Diagnose »Neuritis« in einer parenchymatösen Degeneration der meisten peripheren Nerven ihre Bestätigung fand, konnte für die Augenmuskelaffektion (doppelseitige Abducensparese, Nystagmus und Ptosis), so wie für die zugleich beobachtete Tachycardie eine anatomische Läsion nicht nachgewiesen werden. Rückenmark, Medulla, Pons, Oculomotorii, Abducentes, Vagi waren durchaus normal. Der 2. Fall ist dadurch interessant, dass er verschiedene Symptome bot (Blasenstörung, Gürtelgefühl), welche mit der Diagnose einer Neuritis nur schwer sich vereinigen ließen und trotzdem bei der Sektion und mikroskopischen Untersuchung nur eine typische Degeneration der peripheren Nerven erkennen ließ. Die Hirnnerven, Pons, Medulla und Rückenmark erschienen intakt und blieb auch in diesem Falle eine Abducensparese unerklärt. Im 3. Fall nun ließ sich, wenigstens theilweise, Abducensparese, Ptosis,, Nystagmus und Tachycardie auf eine anatomische Läsion zurückführen. Es war nämlich der Vaguskern schwer erkrankt und im Gebiet des Oculomotoriuskerns fanden sich Blutungen, nur der Abducenskern erschien intakt und auch so weit von den übrigen pathologischen Herden entfernt, dass an eine Fernwirkung nicht gut zu denken war. Doch glaubt T. im Hinblick auf die Schütz'sche Untersuchung über den Faserverlauf im Höhlengrau, dass die größeren und kleineren Blutaustritte im centralen Höhlengrau um den Aquaeductus Sylvii herum Bahnen zerstört haben können, welche wichtige Beziehungen zu den Augennervenkernen haben und dass dadurch klinisch Augenmuskellähmungen entstehen können.

A. Cramer (Eberswalde).

23. **A. Bidder.** Zur Behandlung des traumatischen Tetanus mit parenchymatösen Injektionen von Karbolsäure.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 11.)

Im Anschluss an die von Baccelli und Paolini publicirten Heilversuche des traumatischen Starrkrampfes mit Karboleinspritzungen theilt B. einen vor 15

Jahren beobachteten Fall von subakutem Tetanus mit, in welchem 13 Tage nach einer Quetschung bei einem 3½jährigen Mädchen, nach anfänglich normalem Wundverlauf, sich zunächst ein schlechtes Aussehen der Wundränder und bald darauf typischer Trismus und Tetanus einstellte. Die Krämpfe milderten sich unter Chloralbehandlung; ein wirklicher Nachlass der Erscheinungen trat jedoch erst auf, nachdem B. in das umgebende Parenchym zweimal Einspritzungen von 2%iger Karbollösung gemacht hatte. Die Granulationen wurden sofort besser, die Krämpfe ließen nach, nach 14 Tagen war das Kind geheilt. **Honigmann** (Gießen).

24. **Pringle.** Über einen Fall von kongenitalem Adenoma sebaceum.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 5.)

Unter dem von Balzer beschriebenen Adenoma sebaceum versteht man eine kongenitale Hypertrophie der Talgdrüsen, welche mit Vorliebe das Gesicht befällt. Die Affektion, welche stets mit Erweiterung der Gefäße einhergeht, erleidet oft beim Eintritt der Pubertät eine Verschlimmerung; sie kommt nur bei Mitgliedern der geringeren Gesellschaftsklassen vor. Häufiger sind weibliche Individuen befallen als männliche. Der Charakter der Krankheit ist ein durchaus gutartiger, die Heilung erfolgt durch operative Eingriffe.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

25. **Ohmann-Dusmenil.** Kraurosis vulvae.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 7.)

Tabellarische Übersicht der bislang über Kraurosis vulvae, einer eigenthümlichen Schrumpfung der Vulva (von Breisky, Janovsky, Heitzmann) veröffentlichten Fälle. Als gemeinsame Momente kommen Pruritus, Leukorrhoe, nervöses Temperament in Betracht. O. ist geneigt zu glauben, dass das Leiden verhältnismäßig häufig vorkommt. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

26. **Petersen.** Die Ausschabung des Ulcus molle.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 9.)

P., von dem Wunsche beseelt, die Heilung des Ulcus molle möglichst zu beschleunigen, ist bei 3 Methoden stehen geblieben, nämlich bei der Excision, der Pinselung mit Jodtinktur und der Ausschabung. Die letztere hat P. die besten Resultate gegeben. Die Behandlungsdauer wird durch die Ausschabung, welche als einzigen Nachtheil die Schmerzhaftigkeit hat, der durch Cocaininjektionen leicht abgeholfen werden kann, im Mittel um eine Woche verkürzt.

K. Herxheimer (Frankfurt a/M.).

27. **D. Kleeblatt.** Ein Beitrag zur Heilwirkung des Erysipels bei malignen Tumoren.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 7.)

Zur Frage der Heilwirkung des Erysipels bei malignen Tumoren liefert K. einen Beitrag durch 3 Fälle. Im ersten handelte es sich um ein Lymphosarkom der linken Tonsille. Zwar trat durch ein spontan entstandenes Erysipel Vereiterung und Abnahme der Geschwulst, so wie einiger erkrankter Nachbardrüsen ein; bei einem späteren Recidiv verminderte sich der Tumor bei Impfung mit Fehleisen'schen Kulturen, ein erneuter Rückfall widerstand der Impfung. Der 2. Fall betraf ein Lymphosarkom am Unterkiefer; bei diesem war die Wirkung einer Aufimpfung mit Koch'schen Kulturen sehr günstig, der Tumor vereiterte und verschwand, eben so im 3. Falle, wo ein Lymphadenom des unteren Augenlides durch spontan aufgetretenes Erysipel eingeschmolzen wurde und unter Zurücklassung einer kleinen Narbe heilte. **Honigmann** (Gießen).

Bücher-Anzeigen.

28. **C. Gerhardt.** Lehrbuch der Auskultation und Perkussion. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage.

Tübingen, **Laupp**'sche Buchhandlung, 1890.

In 5. Auflage liegt das wohlbekannte Lehrbuch der Auskultation und Perkussion unseres hochverehrten Lehrers vor uns, das durch eine neue Durcharbeitung,

wenn auch nicht eine Umgestaltung, so doch mannigfache Bereicherung seines Inhaltes erfahren hat. Wir begegnen einer solchen in jedem Kapitel; ganz besondere Berücksichtigung wurde jenen zu Theil, welche sich mit dem Cirkulationsapparate beschäftigen, wie dies auch in der Vorrede schon angedeutet wird: »das Kardiogramm wurde entziffert, die Streitfrage über die Ursache des Herzstoßes entschieden«.

Er würde zu weit führen, alle neuen Zusätze im Einzelnen aufzuführen. Wer die früheren Auflagen mit Aufmerksamkeit studirte und die neuen Arbeiten auf dem Gebiete der physikalischen Diagnostik verfolgt hat, wird bei dem Studium der neuen Auflage erkennen, in welch umsichtiger Weise die Durcharbeitung des Lehrbuches besorgt ist.

Gewonnen hat die neue Auflage noch dadurch, dass einige neue Kurven aufgenommen und bei den Fachbezeichnungen die deutsche Sprache so viel als möglich zur Geltung gebracht, so wie die Unterabtheilungen schärfer markirt sind.

Seifert (Würzburg).

29. **M. Th. Edelmann.** Elektrotechnik für Ärzte.

München, **Fr. Bassermann,** 1890. 167 S. Mit 104 Abbildungen im Text.

(Als Manuskript gedruckt.)

Das E.'sche Buch zerfällt in 3 Hauptabschnitte. Der erste (physikalische Theil enthält eine kurzgefasste Entwicklung der Hauptbegriffe und fundamentalen Thatsachen der Elektrotechnik mit specieller Rücksichtnahme auf deren medicinische Verwendung; so z. B. einige aus der verallgemeinerten Gültigkeit des Ohm'schen Gesetzes fließende Vorschriften für die elektromedicinische Praxis, zur Bestimmung der Spannungsdifferenz an Elementen- oder Batteriepolen und an den applicirten Elektroden, zur Bestimmung der elektromotorischen Kraft einer Batterie, der Empfindlichkeitsgrenze eines Galvanometers. Von besonderem Interesse ist die noch wenig gekannte, hier ausführlich mitgetheilte Methode zur Ortsbestimmung eines subkutanen Fremdkörpers aus Eisen oder Stahl. Nothwendig dazu ist ein astatisches Nadelpaar und eventuell ein Lamont'sches Magnetoskop (letzteres nicht transportabel, sondern an einer erschütterungsfreien Wand zu befestigen). Der Fremdkörper wird zunächst durch einen angenäherten kräftigen Elektromagneten (oder auch Stahlmagneten) — nach Entfernung aller anderweitigen den Versuch störenden, magnetisch wirksamen Gegenstände, unter langsamer Hinführung auf der Körperoberfläche — genügend magnetisirt; behufs der orientirenden Voruntersuchung wird der zu untersuchende Körpertheil dem Lamont'schen Instrumente genähert, wobei durch Ausschlag des Maßstabes im Fernrohr die Anwesenheit des subkutanen Fremdkörpers erkannt wird. Die genauere Ortsbestimmung kann entweder mit der astatischen Nadel oder mit dem Lamont'schen Magnetoskop stattfinden; erstere ist meist ausreichend, am sichersten, wenn sich eine Stelle findet, wo die Nadel mit größerer Direktionskraft sich senkrecht gegen die Hautoberfläche einstellt. Behufs der genauen Ortsbestimmung mit dem Lamont'schen Instrument wird nach Bestimmung des wahrscheinlichen Ortes der größten magnetischen Wirkung auf die umgebende Fläche ein Koordinatennetz verzeichnet, dieses auf ein Blatt Papier skizzirt, und werden alle Koordinatenschnittpunkte der Reihe nach mit der Spitze des Magnetoskops in Berührung gebracht, darauf in der Skizze die Punkte gleicher Intensität durch Kurven verbunden und so schließlich der Ort größter magnetischer Wirkung, welcher dem Pole des Fremdkörpers entsprechen muss, präcis ermittelt. Das Verfahren lässt sich zur Vorübung an einem etwa 2 cm dicken Brettchen, in dessen Rückseite man ein Nähnadelstück schief eintreibt, studiren.

Von Messinstrumenten werden in diesem Abschnitte das Galvanometer, das Weber'sche Dynamometer (welches auch bei alternirenden Strömen Ausschläge in der gleichen Skalenrichtung liefert) und das zur Messung von Spannungsdifferenzen dienende Quadrantelektrometer bezüglich ihrer Mechanik im Allgemeinen, wie auch deren Einrichtung, Aufstellung und Verwendung eingehend erörtert. Kürzere

Angaben über faradische Ströme und Dämpfung der Magnetnadeln, magnetelektrische und dynamoelektrische Maschinen, thermoelektrische Stromerzeugung, Kondensation, Accumulation, Wärme- und Glüherscheinungen bilden das Schlusskapitel dieses Theiles (für die näheren Details wird auf das bekannte Werk von Lewandowski verwiesen).

Der 2. Theil beschäftigt sich mit den fundamentalen und mit den abgeleiteten, in der Elektrotechnik praktisch benutzten Maßeinheiten (Ampère, Volt, Ohm, Coulomb, Farad), mit der erdmagnetischen Horizontalintensität und deren Bestimmung in absolutem Maße (mittels eines einfachen, als Hauptbestandtheil ein gewöhnliches Einheitsgalvanometer enthaltenden Apparates).

Von größter Wichtigkeit ist der 3. Theil, welcher den elektromedicinischen Präcisionsapparaten speciell gewidmet ist. Aus der historischen Einleitung ist hervorzuheben, dass die ersten nach Stromstärke geaichten Galvanometer von E. bereits 1872 verfertigt wurden; die Zahl der in den E.'schen Werkstätten hergestellten Galvanometer ist von 2 im Jahre 1872 auf 264 im Jahre 1889 gestiegen! In einzelnen Kapiteln werden darauf das »Taschengalvanometer«, das Einheitsgalvanometer nach Ziemßen-Edelmann (das in 6 Modifikationen hergestellt wird) und das Müller-Edelmann'sche Galvanometer ausführlich beschrieben, der Einfluss der Horizontalintensitätsänderungen auf die Horizontalgalvanometer und ihre Berechnung, die Herstellung der Theilungsplatte absolut geaichter Horizontalgalvanometer und deren Einrichtung als Voltmeter eingehend erörtert.

Beiläufig sei hier bemerkt, dass von Vertikalgalvanometern in dem E.'schen Buche nur mit der absprechenden Bemerkung (p. 59) die Rede ist, dass »manchmal auch die sog. Vertikalgalvanometer zur Strommessung verwendet, sogar merkwürdigerweise hier und da zu empfehlen versucht« werden; alle derartigen Instrumente sind nach E. »zu Maßzwecken in hohem Grade unzuverlässig und unter allen Umständen nur als mehr oder minder schlechte Galvanoskope verwendbar«!

An die Besprechung der oben genannten Horizontalgalvanometer reiht sich die des Gärtner'schen Pendelschlüssels, der Wheatstone'schen Brücke für Widerstandsmessungen am Körper, der (Stintzing'schen) unpolarisirbaren Elektrode, der d'Arman'schen Wippe behufs gleichzeitiger Anwendung eines einzigen Galvanometers als Amperemeter und Voltmeter. In einem folgenden Kapitel findet das elektrische Thermoskop von Arnheim in Petersburg (zur Messung der Wärmeausstrahlung der Hautoberfläche) ausführlichere Darstellung. Besonders wichtig ist noch die Beschreibung des E.'schen absolut geaichten Induktionsapparates (Faradimeter), wobei es sich um Bestimmung des Maximums der während jedes Induktionsstoßes auftretenden elektromotorischen Kraft handelt; mit dem gewöhnlichen Neff'schen Hammer ist dabei noch ein zweiter, die Stromschließung regulirender Kontaktmechanismus (Doppelunterbrecher) verbunden. Das Induktorium gleicht dem gewöhnlichen Schlittenapparat; auf der Schiene desselben befindet sich eine mittels Zeigers ablesbare Skala, welche für alle Stellungen der Sekundärrolle zur Primärrolle die Beträge in Volt angiebt, bis zu welchen die Öffnungsinduktionsstöße ansteigen, wenn in der Primärrolle ein Strom von 0,4 Ampères unterbrochen wird. Den Schluss bildet die Beschreibung des (schon anderweitig veröffentlichten) Mund'schen Messapparates für Franklinisation.

Eulenburg (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 43. **Sonnabend, den 25. Oktober.** **1890.**

Inhalt: **C. Hochsinger,** Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen. (Original-Mittheilung.)

1. **Stadelmann,** Einfluss der Alkalien auf Stoffwechsel. — 2. **C. Fraenkel** und **Piefke,** Sandfiltration. — 3. **Waterhouse,** Peritonitis. — 4. **Bordas,** Parotitis epid. — 5. **Michelson,** Tuberkulose der Nasen- und Mundschleimhaut. — 6. **Blanche A. Edwards,** Hemiplegie bei Tabes, Herdsklerose, Hysterie etc. — 7. **v. Jaksch,** Tetanie. — 8. **Guyon,** Harnretention. — 9. **Sacharjin,** Blutentziehung. — 10. **Fürbringer,** Punktion der Pleuritis. — 11. **Mosler,** Behandlung chronischer Milztumoren.

12. **Kanthack,** Larynxschleimhaut. — 13. **Eichhorst,** Leberechinokokken. — 14. **Lenhartz,** Magendiagnostik. — 15. **Washburn,** Albuminurie bei Gesunden. — 16. **Waltson,** Addison'sche Krankheit. — 17. **Kumpf,** Wanderniere. — 18. **Scheele,** Plötzliche Todesfälle bei Thymushyperplasie. — 19. **Östreicher,** Meningitis basilaris syphilitica. — 20. **Kronfeld,** Traumatische Hysterie. — 21. **Porcher,** Geistesschwäche durch Enchondrom des Septum nasi. — 22. **Garafolo,** Chininamaurose. — 23. **Mesnet,** Autographismus. — 24. **Shurly,** Weigert'scher Apparat. — 25. **Klemperer,** Alkohol und Kreosot als Stomachica. — 26. **Lawrie,** Antimon bei Entzündungen. — 27. **Köbner,** Subkutane Chininjektionen. — 28. **Rosenthal,** Chloralamid.

Bücher-Anzeigen: 29. **Leppmann,** Sachverständigenthätigkeit bei Seelenstörungen. — 30. **Pollatschek,** Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889.

Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen.

Von

Dr. **Carl Hochsinger** in Wien.

In der letzten Auflage seiner »Vorlesungen über Kinderkrankheiten« (1890) spricht Henoch den Satz aus, dass die Thatsachen, welche die ätiologische Verschiedenheit der Variola- und Varicellakrankheit erweisen, so unumstößlich fest sind, dass dagegen alle Sophistik, mit welcher die Anhänger der Unität ihre Ansicht zu verfechten suchen, nichts hilft und meint: »Bald werden auch die letzten Zweifler einsehen, dass sie es hier mit zwei grund-

verschiedenen Krankheiten zu thun haben[1].« Ich muss gestehen, dass ich bis vor ganz kurzer Zeit noch dem Henoch'schen Satze beigepflichtet hätte. Nun habe ich aber im Monate April d. J. eine Beobachtung gemacht, welche mit einer solchen Auffassung absolut unvereinbar ist und nur in der Annahme der Identitätslehre ihre Erklärung finden kann. Ich halte diese Beobachtung für ungemein wichtig, weil sie, wie sich jeder Leser sofort überzeugen wird, absolut unanfechtbar ist. Dieselbe bezieht sich auf eine hochintelligente Wiener Bürgerfamilie meiner Privatklientel und beweist mit zwingender Logik, dass die harmlose Varicella-Erkrankung eines Kindes zu schwerer Variola-Erkrankung der Mutter Anlass gegeben hat. Der Fall liegt so, dass ein varicellenkranker Knabe seinen Bruder mit Varicellen und gleichzeitig seine Mutter mit Variola vera inficirte.

Im Monat April l. J. erkrankte der 10jährige Franz K., Gymnasialschüler, an Varicellen. 14 seiner Mitschüler derselben Klasse waren, wie die eingezogenen Erhebungen ergaben, zur selben Zeit wegen Varicellen am Schulbesuche verhindert gewesen. Ich konstatirte bei dem Knaben einen typischen Varicellenfall mit rasch emporschießenden, übrigens nur spärlichen, ausschließlich wasserhellen Bläschen. Die Affektion verlief, ohne die mindeste Temperatursteigerung veranlasst zu haben und ohne das Kind der Bettruhe bedürftig zu machen, glatt in einigen Tagen. Der ältere Bruder des Knaben, Hans K., 13 Jahre alt, Besucher einer höheren Klasse desselben Gymnasiums, in welcher keine Varicellen vorgekommen waren, musste unseren Sanitätsgesetzen zufolge, vom Tage der Erkrankung des jüngeren Bruders angefangen, gleichfalls die Schule meiden und verblieb, ohne isolirt zu werden, zu Hause in Gesellschaft seines Bruders und seiner Mutter, einer 40jährigen Dame, welche, um eine Weiterverschleppung der genannten Infektionskrankheit hintanzuhalten, gleichfalls nicht ausging. Genau 12 Tage nach dem Ausbruche des Exanthems bei Franz K. erkrankten nun gleichzeitig der ältere Bruder und die Mutter des Knaben, und zwar Hans wieder an typischer Varicella, die Mutter an Variola vera gravis.

Schon in der Proruption des Exanthems waren die als charakteristisch geltenden Unterscheidungsmerkmale zwischen echten und Windpocken bei den beiden Pat. ausgesprochen. Ohne weitere Prodrome erschien bei dem Kinde das typische Exanthem in Form von wasserklaren Bläschen, deren Eruption in 36 Stunden vollendet war, während die Mutter ein 2tägiges heftiges Prodromalfieber unter Kreuzschmerzen und schwerem Daniederliegen ohne Exanthem durchmachte, worauf erst die ersten knötchenförmigen Efflorescenzen im Gesicht und am behaarten Kopfe zum Vorschein kamen. Ich halte

[1] Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 5. Auflage. p. 707. Berlin, 1890.

eine detaillirte Schilderung des Krankheitsverlaufes bei Mutter und Kind für überflüssig und bemerke nur, dass der Knabe nach 24-stündiger leichter Temperaturerhöhung (38,5) frei von Fieber blieb, keine einzige eitrige Pustel aufwies und sonst eben so rasch und glatt den Varicellenverlauf durchmachte, wie sein früher erkrankter Bruder. Bei der Mutter der Kinder hingegen machten die Efflorescenzen den cyklischen 6tägigen Entwicklungsgang der Variola vera durch, wurden dann zu eitrigen typischen Variolapusteln, deren zum mindesten 300 zur Entwicklung kamen. Das Fieber dauerte in nahezu ungeschwächtem Zustande (39—40°) 12 Tage hindurch an, zahlreiche Pusteln gelangten zur Konfluenz und verursachten mehrfach Geschwürsbildung und später charakteristische Blatternarben. Erst nach mehr als 3wöchentlichem Krankenlager konnte die Dame das Bett verlassen.

Die herangezogene Beobachtung bedarf keines Kommentars! Wenn Jemand einwenden wollte, die Mutter habe sich möglicherweise vorher anderswo mit Variolagift inficirt, so halte ich ihm erstens den Umstand entgegen, dass der ältere Sohn und sie selbst genau zur selben Zeit, also nach der nämlichen Incubationsdauer, erkrankten, und zwar genau 12 Tage nach der Eruption der Windpocken beim jüngeren Kinde, und zweitens, dass ein Fall von Variola vera zu dieser Zeit in Wien weit und breit nicht zur Meldung gelangte.

Doppelt interessant wird aber diese Familienepidemie durch die Vaccinationsverhältnisse, welche bei den besagten Personen vorlagen. Beide Knaben waren zum ersten Male in ihrem 1. Lebensjahre geimpft worden und dann gleichzeitig im Jahre 1885 zum zweiten Male. Zur selben Zeit ließen sich auch die Eltern der Kinder revacciniren. Die Mutter war sogar dreimal geimpft, zum ersten Male als Kind, dann vor 15 Jahren und schließlich vor 5 Jahren zur selben Zeit, wie ihre Kinder. Die Impfung war bei allen Familienangehörigen jedes Mal von Erfolg begleitet gewesen.

Ich lasse mich hier absichtlich weder auf ein theoretisches Raisonnement, noch auf eine Prüfung der Argumentationen der Unitarier und Dualisten in der Pocken-Varicellenfrage ein und bemerke nur, dass eine derart einwandfreie Beobachtung mehr beweist, als alle möglichen Argumentationen und Experimente, die in der Pocken-Varicellenfrage bisher vorgenommen wurden.

Nach dieser Beobachtung, welche ich namentlich in Bezug auf die Korrektheit der Diagnosenstellung »Varicella und Variola vera« in jeder Hinsicht verbürge, besteht für mich kein Zweifel mehr, dass Variola und Varicella ätiologisch identisch sind und dass die Varicellenkrankheit nur eine besonders milde Verlaufsweise der Blatternerkrankung darstellt, welche ausschließlich oder nahezu ausschließlich dem Kindesalter zu eigen ist.

Hiernach sollte die alte Hebra-Kaposi'sche Identitätslehre, welche gegenwärtig von der Mehrzahl aller deutschen Kliniker und

Pädiater verlassen ist, wieder zu Ehren kommen, und verdiente der Satz in Kaposi's »Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten«[2] vollkommene Anerkennung, welcher lautet: »In Wirklichkeit verhält es sich so, dass alle diese Formen (Variola, Variolois und Varicella; Anm. d. Verf.) genetisch und pathologisch eine und dieselbe Krankheit darstellen, dass auch Geimpfte, wenn auch viel seltener als Ungeimpfte, an Variola erkranken können und dass leichte Variolois und Varicella eines Geimpften die Quelle abgeben kann für schwere Blattern bei einem Geimpften oder Nichtgeimpften.«

Wien, im Oktober 1890.

---

1. **E. Stadelmann.** Über den Einfluss der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1890. 176 S.

Das vorbezeichnete Werk enthält die Arbeiten von

1) Burchard, Über den Einfluss des kohlensauren resp. citronensauren Natrons auf den Stoffwechsel, speciell auf die N-Ausscheidung;

2) Klemptner, Über die Stickstoff- und Harnsäureausscheidung bei Zufuhr von kohlensaurem resp. citronensaurem Natron.

3) Beckmann, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des kohlensauren und citronensauren Natrons auf die Ausscheidung der Alkalien.

4) Nagentorn, Über den Einfluss des kohlensauren und citronensauren Natrons auf die Ausscheidung der Säuren im Harn.

5) Kozerski, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des kohlensauren Natrons auf den menschlichen Stoffwechsel; nebst einem Vor- und Schlusswort des Herausgebers.

Aus den in mancherlei Punkten sich widersprechenden Untersuchungsergebnissen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Kohlensaures und citronensaures Na werden vom Darm vollständig resorbirt, entfalten auf den Organismus eine vollkommen gleiche Wirkung und veranlassen selbst bei längerem Gebrauch — obwohl sie die Ausnutzung der N-haltigen Stoffe im Darm etwas beeinträchtigen können — weder Dyspepsie, noch Kachexie oder Chlorose. (Rabuteau und Beneke behaupteten das Gegentheil.)

Unbeeinflusst durch sie bleibt die Ausscheidung von Kalk und Magnesia, dessgleichen — was bemerkenswerth erscheint — von Phosphor- und Schwefelsäure. Dagegen werden die gepaarten Schwefelsäuren in vermehrter Menge gebildet, was seinen Grund darin hat, dass durch die Neutralisation der HCl des Magens und die stärkere Alkalescenz im Darmrohr die Darmfäulnis steigt.

Die Menge des Urins steigt und seine Reaktion wird unter individuell verschieden großen Dosen jener Salze neutral bis alkalisch.

[2] Dritte Auflage. p. 243. Wien, 1887.

Die Ammoniakausscheidung sinkt, ohne jedoch jemals ganz unterdrückt werden zu können.

Auch die Ausscheidung der Harnsäure sinkt; und der Nutzen der Alkalien bei harnsaurer Diathese wird erklärt durch die Annahme, dass die erhöhte Alkalescenz des Blutes eine schnelle Zersetzung der Harnsäure bedinge, so dass es zu einer Ablagerung in die Gewebe nicht komme.

Natron, Kali und Chlor werden in vermehrter Menge ausgeschieden.

Für das Natron ergiebt sich, dass die ganze eingeführte Menge im Harn wieder erscheint — und zwar als kohlensaures Salz, selbst wenn citronensaures einverleibt wurde. Nach Einfuhr sehr großer Dosen ist die Menge des ausgeschiedenen Na sogar größer, als die des eingeführten, und das erklärt sich dadurch, dass bei der Ausscheidung des zugeführten Na mechanisch NaCl und KCl mitgerissen wird — das NaCl in größerer Menge als das KCl. Hat aber der Körper seinen Überschuss an diesen Salzen abgegeben, so beginnt er den Rest festzuhalten.

Die Gründe für die Vermehrung der K- und Cl-Ausscheidung ergeben sich aus dem soeben Angeführten.

Sehr merkwürdig gestaltete sich das Verhalten der N-Ausfuhr. Bei dem einen Beobachter fand sich zunächst eine Abnahme derselben, die dann von einer im Mittel vermehrten Ausscheidung abgelöst wurde, während an den einzelnen Tagen sich sehr merkwürdige Schwankungen im N-Gehalt des Harns zeigten. Bei einem zweiten Untersucher fehlte die erste Periode vollkommen und es wurden nur die Schwankungen in der N-Ausscheidung beobachtet. Obwohl nun in einigen Kothuntersuchungen dessen N-Gehalt unter dem Alkalieinfluss gegen die Norm vergrößert war, so reichte doch diese Vermehrung zur Erklärung des sprungweisen Ansteigens und Absinkens des N im Harn nicht hin, und für diese Erscheinung konnte ein Grund nicht gefunden werden.

Endlich wird noch angenommen, dass große Alkalidosen eine Fettzersetzung im Organismus bewirken können, obwohl dafür kein eigentlicher Beweis vorliegt.

Bei den mannigfachen Widersprüchen in den Resultaten der einzelnen Beobachter sind Nachuntersuchungen wünschenswerth und nothwendig. **S. Rosenberg** (Berlin).

---

2. **C. Fraenkel** und **C. Piefke.** Versuche über die Leistungen der Sandfiltration.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII.)

Eine im Beginn des Jahres 1889 zu Berlin herrschende Typhusepidemie musste dadurch auffallen, dass der Osten der Stadt vorwiegend befallen, der Westen frei war, das Centrum mittlere Erkrankungszahlen ergab. Diese Vertheilung entsprach den Grund-

wasserverhältnissen nicht, wohl aber der Trinkwasserversorgung der Stadt, in so fern der Osten filtrirtes Spreewasser, der Westen filtrirtes Wasser des Tegeler Sees, das Centrum eine Mischung von beiden erhält. Dazu kam noch, dass das Spreewasser, das immer schlechter ist, als das des Tegeler Sees, um diese Zeit noch stärker verunreinigt war, als sonst; dass Betriebsstörungen in den betr. Wasserwerken zu Stralau eintraten, dass auch das filtrirte Stralauer Wasser bei der Untersuchung sich sehr bakterienreich erwies. Der Gedanke, dass das Leitungswasser die Ausbreitung der Epidemie verschuldete, erschien durch alle diese Thatsachen näher gerückt. F. und P. haben desshalb untersucht, in wie weit die Sandfilter überhaupt fähig sind, die Keime des Wassers zurückzuhalten; ihre Versuche wurden an einem dem beim Betriebe im Großen üblichen Filtern möglichst genau nachgebildeten kleinen Apparat angestellt. Derselbe wurde mit unfiltrirtem Spreewasser beschickt, dem entweder saprogene (Bac. violaceus) oder pathogene Arten (Typhus- und Cholerabacillen) beigemengt waren. Die Versuche ergaben übereinstimmend, dass die Bakterien im filtrirten Wasser wieder erscheinen, in desto größerer Menge, je reichlicher sie im unfiltrirten vorhanden. Ferner wächst die Menge der durchtretenden Bakterien mit der Schnelligkeit der Filtration. Besonders ungünstig ist endlich die Zeit des Beginns wie des Endes der Thätigkeit eines Filters; im ersten Falle hat sich die bei der Filtration wirksame Schlammschicht noch nicht gebildet; der Endtermin leidet wieder unter der Pressung der oberflächlichen Sandschichten, vielleicht auch unter dem Durchwachsen der Bakterien durch den Filterkörper. Man wird desshalb, um eine befriedigende Thätigkeit der Sandfilter zu erzielen, von einem verhältnismäßig reinen Wasser ausgehen müssen, die Filtration mit geringer Geschwindigkeit vornehmen, Anfang und Ende der Periode ausfallen lassen, endlich Störungen der Betriebsthätigkeit möglichst vermeiden. Auf diese Weise erhält man eine höchst erhebliche Reduktion der Bakterienzahl, aber kein absolut keimfreies Filtrat. Die Verff. empfehlen desshalb zum Schluss die Benutzung des Grundwassers, das ja nach der Untersuchung des einen von ihnen völlig keimfrei ist; speciell für Berlin allerdings würde dasselbe eine zu wenig ergiebige Quelle abgeben. **Strassmann** (Berlin).

---

3. **H. J. Waterhouse.** Experimentelle Untersuchungen über Peritonitis.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

Verf. konnte zunächst in 12 Versuchen (in Übereinstimmung mit Grawitz, entgegen den Angaben von Pawlowsky) konstatiren, dass man große Mengen virulenter Kulturen von Staphylococcus aureus mit destillirtem Wasser in die Bauchhöhle verschiedener Thiere einführen kann, ohne dass eine Peritonitis entsteht. Auch in Vermischung mit guten Nährmedien erzeugen die Staphylokokken,

wenn die injicirte Masse schnell resorbirt werden kann, keine Peritonitis. Je weniger resorbirbar die mit den Organismen eingeführte Nährsubstanz ist, um so sicherer gelangen sie zur Wirkung. Versuche mit Agar, Gelatine, Blutgerinnseln + Staphylokokken ergaben stets ein positives Resultat. Staphylokokkenhaltiger Eiter besitzt gegenüber dem Peritoneum eine sehr stark pyogene Eigenschaft, wahrscheinlich weniger wegen der Menge der in ihm enthaltenen Organismen als wegen beigemengter chemischer Substanzen. Die Angabe von Grawitz, wonach sicher eine eitrige Bauchfellentzündung entsteht, wenn eine Wunde der Bauchwand die Ansiedlung der Infektionsträger begünstigt, konnte Verf. nicht in vollem Umfang bestätigen. Im Gegentheil erwies sich die glatte Laparotomiewunde, sowohl gegenüber der direkten Aufpinselung von Staphylokokken wie auch bei der Injektion dieser Mikroorganismen in den Blutstrom als sehr widerstandsfähig. Wenn die Wundränder durch Bepinselung mit Terpentin lädirt werden, entsteht allerdings ein Abscess und im Anschluss daran eitrige Peritonitis, jedoch bleibt dieser letztere Effekt aus, wenn die Wunde nur bis an das Peritoneum, nicht durch das Peritoneum reicht. Wenn dagegen artificiell Defekte im Peritoneum erzeugt werden, so ruft die Injektion von Staphylokokken sicher Peritonitis hervor. Eben so hatte die Injektion positiven Erfolg bei ascitischen Thieren. Eine mehrstündige Darmunterbindung — analog einer vorübergehenden Einklemmung einer Hernie — erzeugt an sich keine Peritonitis, dagegen tritt diese sicher ein, wenn Staphylokokken in die Bauchhöhle eingeführt werden, oder wenn dieselben in das Blut injicirt werden. Derselbe Erfolg wird erzielt durch subkutane Impfung mit Staphylokokken, dagegen nicht, wenn dieselben nur in den Darm eingeführt werden.

Einige Versuche am Menschen überzeugten den Verf., dass die Einführung von einer nicht ganz geringen Menge von Staphylokokken unter die gesunde Haut unschädlich ist, dagegen Eiterung erzeugt, sobald die Resorption gehindert und das Gewebe durch Stauungshyperämie in einen abnormen Zustand versetzt worden ist.

F. Neelsen (Dresden).

---

4. **Bordas.** Oreillons. Recherches sur les causes de leur contagion.

(Compt. rend. hebd. d. séanc. de la soc. de biol. 1889. No. 36.)

B. hatte Gelegenheit bei einem Infanterieregiment in Mans eine Parotitisepidemie zu beobachten, welche im Ganzen gutartig verlief und nur durch das häufige Auftreten metastatischer Orchitis bemerkenswerth war; diese Metastase trat besonders dann ein, wenn die Parotitis leicht verlief oder wenn der Kranke zu früh das Bett verließ.

B. vertritt den Standpunkt, dass die Parotitis eine Infektionskrankheit ist, bei welcher das Virus sich in der Parotis lokalisirt. Da Charrin und Capitan bei einer anderen Epidemie einen Ba-

cillus gefunden zu haben glauben, hat B. ebenfalls bei seinen an katarrhalischer Parotitis erkrankten Pat. das Blut untersucht und in jedem Falle denselben Bacillus in Reinkultur gewonnen. Auf Gelatineplatten entwickelten sich die Kolonien ganz rapid in 8 Stunden zu kleinen, platten Kulturen mit grauweißem Kontour; Verflüssigung der Gelatine trat erst nach längerer Zeit vom Rande der Kolonie aus ein; die Bacillen sind 2,5—3,3 μ lang, halb so breit, an den Enden abgerundet, unbeweglich; zuweilen in S- oder V-Form angeordnet; die Bacillen bilden kleine, stark lichtbrechende Sporen von großer Beweglichkeit. In Bouillon verimpft, bilden sie weißgraue Wolken, welche bald einen ziemlich großen Bodensatz bilden. Ein Impfstrich mit sporenhaltiger Bouillon auf Kartoffel wächst nach 24 Stunden zu einem grau-weißen Wulst aus, der sich über die ganze Fläche verbreitet und der Kartoffel ein charakteristisches Aussehen giebt. Die Bacillen starben ab bei 60° C. und durch Austrocknung an der Luft; die Sporen werden erst durch eine Temperatur von 90° C. abgetödtet, widerstehen der Austrocknung an der Luft. Setzt man der Nährbouillon Sublimat im Verhältnis von 1 : 500000 zu, so hört jede Entwicklung auf, eben so bei Zusatz von 10%iger Borsäure. Jodoform ist ohne Einwirkung.

B. hält den von der Parotis secernirten Speichel für das inficirende Material; derselbe trocknet an den Lippen des Pat. an, wird auf dem Kopfkissen und auf der Bettwäsche deponirt und gelangt in trockenem Zustande in den Mund und durch den Duct. Stenonianus in die Parotis des inficirten Individuums. Zur Vermeidung der Übertragung empfehlen sich Gurgelungen der Pat. mit Borwasser und die Desinfektion der Bettwäsche und aller der Gegenstände, welche von dem Pat. berührt worden sind.

H. Davidsohn (Berlin).

---

5. **P. Michelson** (Königsberg). Über Tuberkulose der Nasen- und Mundschleimhaut.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. p. 202.)

Die veröffentlichten Beobachtungen von Tuberkulosis der Mundhöhle und der Nasenschleimhaut sind zwar nicht spärlich, indessen lässt sich nicht leugnen, dass solche Erkrankungen noch viel häufiger vorkommen, als die statistischen Zusammenstellungen ergeben; gewiss finden noch viele Verwechselungen mit syphilitischen Ulcerationen statt. Die M.'schen Veröffentlichungen, welche als Vorläufer für einen demnächst erscheinenden Atlas der Krankheiten der Mund- und Nasenrachenhöhle, von dem Autor selbst und von Mikulicz verfertigt, dienen, umfassen 12 Fälle von Tuberkulosis der genannten Gebiete; wir finden in ihnen eine reiche Quelle praktischer Erfahrung und anatomischer Verhältnisse, wir finden verzeichnet, wie unmittelbar von der Nasenschleimhaut aus die Tuberkulose auf die äußere Haut der Nase übergreift, wie bald auch die Lungen weithin tuberkulös zerstört sind und die Erkrankten hochgradig verfallen

erscheinen, bald relativ wohl sich befinden trotz bestehender Lungentuberkulose; es kann auch die Lunge vollkommen gesund sein; in einem Falle bestand außer der Erkrankung der Mundhöhle nur eine Tuberkulosis der Submental- und Submaxillardrüsen. Die Kombination von Tuberkulosis der Mundhöhle mit Tuberkulose der Nasenschleimhaut ist nicht häufig, es sind bisher nur einzelne Fälle bekannt geworden. Vom Menthol hat M. befriedigende Resultate zu verzeichnen. In zweifelhaften Fällen ist es absolut nothwendig, durch die mikroskopische Untersuchung erkrankter Partikelchen die Tuberkulose zu erkennen oder auszuschließen. **Prior** (Köln).

---

6. **Blanche A. Edwards.** De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante).

Paris, **Bureaux du Progrès médical,** 1889. 169 S.

Die Verf. hat 88 Fälle fremder und eigener Beobachtung von Hemiplegie bei Tabes, Herdsklerose, Hysterie und einseitiger Paralysis agitans zusammengestellt und fasst ihre Wahrnehmungen wie folgt zusammen:

1) Hemiplegie ist ein häufiges Symptomenbild bei den neuropathologischen Affektionen.

2) Sie tritt bald langsam, bald stufenweise, bald mit einem apoplektiformen Beginn auf.

3) Wie bei der typischen Hemiplegie trifft man Lähmungen der Extremitäten der gleichen Seite, schlaffe oder mit Kontrakturen einhergehende Lähmungen, bald mit, bald ohne Aphasie, Gesichtslähmung und Zungendeviation.

4) In ätiologischer Beziehung ruft Hemiplegie Verdacht hervor, wenn man a) flüchtige, vorübergehende Lähmungen, b) recidivirende Lähmungen, c) Lähmungen von Muskelgruppen außerhalb der hemiplegischen Zone antrifft.

5) Der Gedanke einer Hemiplegie bei Tabes wird vorliegen, wenn man gleichzeitig a) Augenstörungen, b) Störungen des Muskelsinnes, c) Sensibilitätsstörungen, d) das Westphal'sche Phänomen, besonders auf der gelähmten Seite, e) Tabes auf syphilitischer Basis vorfindet.

6) Die Diagnose der Hemiplegie bei Herdsklerose wird gesichert: a) durch häufig wiederholte Anfälle; b) diese können vorübergehend sein und ohne Folgeerscheinungen verschwinden; c) die gesteigerten Reflexe, der Fußklonus, die Kontrakturen, der spastische Gang treten zu früh auf, um mit einer absteigenden Degeneration der Pyramidenstränge in Folge von Herdläsion in Zusammenhang zu stehen; d) durch das Auftreten von Augenstörungen, besonders Diplopie und Nystagmus; e) durch die gewöhnlichen Symptome der Herdsklerose, die vollständig oder vereinzelt vorhanden sein können, also durch Intentionstremor, Sprachstörungen, cerebrale Erscheinungen. In den

letzteren Fällen können Schwierigkeiten entstehen, die Fälle von transitorischer Hemiplegie bei Herdsklerose von den analogen Hemiplegien bei akuter Perimeningoencephalitis zu unterscheiden.

7) Die Hemiplegie bei Hysterischen ist dadurch charakterisirt: a) dass das Gesicht frei ist; oder wenn die eine Gesichtshälfte abweicht, zeigt das Zittern der Oberlippe, die Zungendeviation, die erhaltene Motilität, dass es sich um einen gleichzeitigeu glosso-labialen Hemispasmus handelt; b) dass Hemianästhesie gewöhnlich auf der gelähmten Seite besteht, oder Hemianästhesie einzelner Körperstellen, oder auch häufig sensorielle Hemianästhesie; c) dass andere hysterische Symptome vorhanden sind, wie Gesichtsfeldbeschränkung, Achromatopsie, hysterogene Punkte, hysterische Anfälle, Schlafkrisen etc.; d) dass die Aphasie sich unter der Form hysterischer Stummheit präsentirt. Apoplektiforme Anfälle sind besonders häufig bei Hysterie auf toxischer (saturniner, merkurieller, alkoholischer) Basis.

8) Die Paralysis agitans kann einen unilateralen Beginn haben, der durch die Steifheit und die erschwerte Motilität einer Körperhälfte, durch den starren Gesichtsausdruck wie bei Gehirnerweichung, endlich durch die Möglichkeit spastischer Deviation einer Gesichtshälfte an Hemiplegie erinnert. Die Symptome für diese einseitig beginnende Paralysis agitans sind: a) Erschwerung, nicht Aufhebung der aktiven und passiven Motilität; b) von vorn herein stark ausgesprochene Steifigkeit der Gelenke; c) Erhaltenbleiben der Reflexe, der Sensibilität, des Muskelsinnes; d) Fehlen von Augen- oder Gehirnstörungen; Intaktheit der Intelligenz; e) subjektives Hitzegefühl, Propulsion oder Retropulsion, nächtliche Unruhe; f) Steifheit des Rückens und Halses.

Ein konstanter anatomischer Befund bezüglich der zu Grunde liegenden Läsionen ist nicht vorhanden. **A. Neisser** (Berlin).

---

7. **R. v. Jaksch.** Klinische Beiträge zur Kenntnis der Tetanie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft. p. 144.)

v. J. gründet seine klinischen Betrachtungen auf 41 genau beobachtete Fälle von Tetanie. Er findet, dass eine bestimmte Form der Tetanie, die »akute recidivirende«, vorwiegend auf das Alter von 17—18 Jahren beschränkt ist, meist Personen aus dem Handwerkerstande und zwar vorzugsweise Schuster befällt, hauptsächlich im Frühjahr auftritt, mit keiner vorausgegangenen Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden kann und auch in Bezug auf die Heredität sich als vollkommen unabhängig erweist. Meist nach einem Prodromalstadium (Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Abgeschlagenheit und allgemeines Schwächegefühl und abnorme Sensationen in den Extremitäten) treten an den Phalangen der Extremitäten beginnend, vorwiegend die Beuger des Vorderarmes betreffende, aber auch die Unterextremitäten befallende, tonische Krämpfe auf, welche manchmal überhaupt nur 1—2mal sich zeigen, manchmal aber auch an

einem Tage sehr häufig auftreten. Die Intensität der Erscheinungen ist eben so wie deren Ausbreitung sehr wechselnd. Ausnahmsweise ließen sich vorübergehend Sprechstörungen, leichte Zuckungen in den verschiedensten Muskelpartien nach dem Anfalle beobachten. Eines der häufigsten Symptome ist der Schmerz, welcher an den Enden der Extremitäten beginnend nach dem Centrum zu sich fortpflanzt. Auch Sensibilitätsstörungen (mangelhafte Tastsinnempfindungen und vasomotorische Störungen) finden sich. Differentialdiagnostisch wichtig ist das Trousseau'sche Phänomen (Auslösen der Anfälle durch Kompression der Nerven oder Blutgefäße; nach Verf. am sichersten durch Kompression der Arterien hervorzurufen) und noch wichtiger aber und am konstantesten und sichersten das Facialisphänomen, welches v. J. nach seinen Erfahrungen allein für genügend hält, um die Diagnose sicher zu stellen. Die galvanische Erregbarkeit der motorischen Nerven ist erhöht. Die Haut- und Sehnenreflexe zeigen, ausgenommen eine leichte Steigerung der Cremasteren- und Bauchreflexe, keine Abweichungen von der Norm; auch die Pupillen verhalten sich normal. Die Durchschnittsdauer der Krankheit beträgt 2—3 Tage. Bei fast allen Fällen gehen zuerst die spontanen Krämpfe, sodann das Trousseau'sche und zuletzt das Facialisphänomen zurück. Unter 36 Fällen handelte es sich 18mal um Recidive. Abweichungen von dem normalen Temperaturverlaufe kommen immer vor, und zwar findet sich entweder mehr oder minder hohes Fieber oder subnormale Temperaturen. Die Respiration ist in allen Fällen ganz normal. Die Ätiologie lässt sich auch nach diesen Beobachtungen nicht aufklären. Impfversuche mit dem Blute Tetanischer ergaben ein negatives Resultat. Außer der sauber beschriebenen »akuten recidivirenden« Tetanie erwähnt Verf. noch kurz die chronische nach Kropfexstirpationen und während der Schwangerschaft auftretende Tetanie, über die er keine größeren Erfahrungen besitzt. Den Schluss der bemerkenswerthen Arbeit bildet die Beschreibung eines Falles, welcher uns den Beweis liefert, dass auch im Verlauf schwerer Cerebralerkrankungen die Tetanie sich zeigen kann. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

8. **Guyon.** Note sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rétention d'urine.

(Union méd. 1890. No. 30.)

Eine Urinretention verläuft stets, wenn ihre Entwicklung aseptisch vor sich geht, ohne Fieber, wie verschieden auch ihre Ursache und ihre Dauer sein mag. Fieber entsteht nur nach einem unreinen Eingriff oder bei vorher bereits inficirten Personen. Es hört auf nach wiederholter oder fortgesetzter Entleerung des Urins. Experimentell lässt sich nur die akute Urinverhaltung untersuchen, aber sie bestätigt das eben Gesagte. Thiere mit unterbundenem Penis haben nur, wenn vorher ihre Blase inficirt ist, erhöhte Temperatur.

War Fieber vorhanden, ohne dass vorher eine Injektion septischer Stoffe stattgefunden, so waren pathogene Mikroorganismen vorhanden. Wurde die Ligatur entfernt, so schwand das Fieber. Beim Menschen ist jede Urinverhaltung mit Polyurie verbunden. Eine weitere Folge der Retention ist die Kongestion des gesammten Harnapparates. Bei der akuten, etwas längeren Urinverhaltung beim Menschen ist der Urin braun oder roth gefärbt. Bei chronischer Retention mit Blasendilatation bewirkt die völlige und schnelle Entleerung der Blase fast stets Hämaturie. Bei vollkommener akuter Retention besteht Kongestion und Vergrößerung der Prostata und Nieren. Nach wiederholtem Katheterismus verringert sich das Volumen dieser Organe. In einzelnen Fällen bewirkt allein die Blasenentleerung Stillung der Hämaturie, wenn dieselbe durch Harnverhaltung erzeugt ist. Beim Thier kann man Hyperämie der Blase, Niere, Nierenbecken, Harnleiter, Prostata hervorbringen. Blase und Nieren sind besonders verändert; Hyperämie und Hämorrhagien sind vorhanden, die das übrige Gewebe aus einander drängen; im Urin ist Blut und Cylinder. Wird die Blase sehr erheblich bei der Retention ausgedehnt und gespannt, so wird bei Thieren die Harnsekretion geringer, die Menge des Harnstoffes wird verringert, das specifische Gewicht im Harn sinkt. Im normalen Zustand sind die Nieren von der Blase isolirt, indem durch die Ureteren gleichsam eine Kompression stattfindet und die Muskulatur der Ureteren sich gut kontrahirt. Dies hört bei längerer Retention auf. Bei Hämaturie aus der Blase bei akuter Verhaltung ist der Urin in den Ureteren klar, in der Blase blutig; ist erst Urinstauung vorhanden, so wandern Mikroorganismen etc., statt von der Blase nach außen zu gelangen, nach oben zu den Nieren. Bei der Urinstauung verliert zuerst die Blase ihre Kontraktionsfähigkeit, bald darauf der Ureter. Dauert die Retention nur 24 Stunden, so kann sich die Zusammenziehungsfähigkeit des Ureters durch Entleerung der Blase oder Elektrisiren wiederherstellen; dauert sie länger, so ist Alles erfolglos. Die anatomischen und physiologischen Störungen stehen in gerader Beziehung zur Stärke der Spannung der Blase. Diese Ausdehnung ergreift später die Ureteren, dann die Nieren. So lange die Blase also allein betroffen, ist es gut einzuschreiten, bevor die höher gelegenen Theile des Harnapparates betheiligt sind.

G. Meyer (Berlin).

9. Sacharjin. Über Blutentziehung.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 9—13.)

S. hat in seiner Studenten- und Assistentenzeit den Nutzen, ja die Unersetzlichkeit der Blutentziehung für manche Fälle kennen gelernt; er hat desshalb dies Heilmittel — trotzdem es sonst sehr selten angewendet wird — nie aufgegeben. Die Blutentziehung hat eine entleerende und eine ableitende Wirkung. Den Aderlass wendet S. an, wenn bei Cirkulationsstörungen im Gehirn oder in den Brust-

organen eine Indicatio vitalis vorliegt: 1) Gehirnapoplexie bei Kranken mit atheromatösen Arterien, viel seltener bei Embolie und Thrombose. Der schwache Puls ist keine Kontraindikation, wenn der Pat. nicht blutarm ist. 2) Gehirnapoplexie bei Kranken mit chronischer Nephritis und Hypertrophie des linken Ventrikels. Seltener wendet S. das Mittel bei Störungen in der Blutcirkulation der Brustorgane an: 1) bei hochgradiger Hyperämie im kleinen und im Leberkreislauf, 2) bei stürmisch einsetzender, krupöser Pneumonie. Die örtliche Blutentziehung wendet S. an: 1) bei akuter Pleuropneumonie und akuter Pleuritis, 2) bei akuter Nephritis, 3) bei akuter Entzündung der großen Nervenstämme. (Weil die blutigen Schröpfköpfe rascher wirken, eine Nachblutung ausschließen, neben der entleerenden eine ableitende Wirkung haben und schließlich billiger sind, zieht sie S. den Blutegeln vor.) 4) Zum Zwecke der Antiphlogose bei Krankheiten des Unterleibes.

S. bezeichnet mit Rücksicht auf die Vorstellungen älterer Ärzte, als Hämorrhosis eine Angioneurose, welche sich durch periodisches Auftreten von krankhaften Anfällen von Seiten des Kopfes, des Rückens, der Brust und des Leibes kennzeichnet. Sie verschwinden plötzlich mit dem Erscheinen von Blutungen (Nase, Lunge, After). S. hat ungefähr 20 Fälle reiner, unkomplicirter Hämorrhosis gesehen. Wenn solche Pat. an häufigem Nasenbluten leiden, so kann es gefährlich werden, die Nase zu tamponiren. Durch geringe, hämorrhoidale Blutentziehungen, die entleerend und ableitend wirken, hat S. gute Erfolge erzielt.

Indikationen für die ableitende Blutentziehung sind: 1) im Bereiche des Kopfes Gehirnhyperämie, 2) Hyperämie des Rückenmarkes und seiner Häute, 3) Bluthusten bei gesunden Lungen und gesundem Herzen, 4) Bluthusten bei Lungentuberkulose, wenn er durch andere Mittel nicht rasch stillbar ist (2—3 Hirudines ad anum), 5) Bluthusten bei Herzleiden, 6) Blutstauung in der Leber, 7) bei Entzündung großer Hämorrhoidalknoten. **A. Kronfeld** (Wien).

---

10. **Fürbringer.** Über die Punktionstherapie der serösen Pleuritis und ihre Indikation.

(Berliner Klinik Hft. 22.)

Die Diagnose eines pleuritischen Exsudates, welche meist leicht zu stellen ist, kann häufig auf große Schwierigkeiten stoßen. Die Probepunktion ist ein ausgezeichnetes diagnostisches Hilfsmittel; in dem größten Theil der Fälle hat F. sie ausgeführt, um zu erkennen, ob der Erguss entleert werden müsse. Häufige Punktionen in einer Sitzung bringen keinen Schaden. Im Allgemeinen sind Punktionen an zwei Stellen ausreichend, im Bereich der stärksten Dämpfung und nahe ihrem Übergang in den hellen Lungenschall. Die Technik der Probepunktion selbst ist einfach. Die verschiedenen Widerstände und Geräusche, welche sich beim Eindringen der Punktions-

nadel äußern, lassen für den Geübten erkennen, in welchen (normalen oder pathologischen) Geweben er sich befindet, ob Flüssigkeit vorhanden ist etc. Sehr wichtig für die Indikation zur Ausführung der Operation der Pleuritis ist die Prüfung des Exsudatdruckes, da aus diesem sich Anhaltspunkte über die Gleichgewichtslage der Nachbarorgane ergeben. F. prüft den Druck, indem er den Kranken während der Probepunktion drängen lässt, während die gefüllte Spritze von der Hohlnadel entfernt wird, und beobachtet, was geschieht, wenn Pat. mit dem Druck nachlässt. Es zeigt sich dabei, dass der Exsudatdruck während der Entleerung des Ergusses anwächst. Der Nachweis eines starken positiven Anfangsdruckes bei der Probepunktion spricht für schleunige Entleerung mittelgroßer Exsudate unbekannten Alters. »Für nicht ganz eindeutige Fälle« ist es besser, etwas zu früh, als zu spät zu punktiren. Die Entleerung des Exsudates selbst vollzieht F. mittels seines neuen Apparates, dessen Konstruktion auf der des Spritzflaschenprincips beruht und welchen F. in der Berliner medicinischen Gesellschaft demonstrirte und in der Berliner klinischen Wochenschrift (auf welche hiermit verwiesen sei, cf. 1888 p. 254) genau beschrieb. Der Apparat bedarf keiner Reparaturen, versagt nie, ist stets schnell herzurichten und ist billig (kostet bei Windler in Berlin 6 ℳ). **G. Meyer** (Berlin).

---

11. **Mosler.** Zur lokalen Behandlung chronischer Milztumoren.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 1—3.)

Verf. weist zunächst auf die Gefahr hin, die dem chirurgischen Eingriff bei Milztumoren, besonders bei leukämischen, durch die oft ganz latente hämorrhagische Diathese droht, die nicht selten schon in den frühesten Stadien leukämischer Processe nicht auszuschließen ist. Ferner ist auch ein Übergreifen des leukämischen Processes von der Milz auf andere lymphatische Organe nicht auszuschließen, auf dessen Weiterfortschreiten durch die Splenotomie nur ein fördernder Einfluss ausgeübt werden würde. M. hat sich aus diesen Gründen schon lange bemüht, auf minder gefährliche Weise bei Milztumoren einen lokalen therapeutischen Einfluss zu versuchen.

Er hat zunächst versucht, durch parenchymatöse Injektionen von 2%iger Karbollösung und später von Sol. arsenicalis Fowleri eine Verkleinerung der Milz zu bewirken und hat bei einem Pat. mit chronischem Wechselfiebertumor einen schönen Erfolg erzielt. Nach Verf. hat dann Hamond Injektionen von Extr. secal. corn. fluidum und Jäger auf Kussmaul's Klinik einfache Punktionen, Elektropunktur und Injektionen von Sklerotinsäure angewandt. In Jäger's Falle, einer linealen Leukämie, erfolgte wenige Stunden nach der Injektion von Sklerotinsäure der Tod; in der Milz fand sich trotz 14 Punktionen und 4 Elektropunkturen keine Spur einer Hämorrhagie ins Parenchym.

M. hatte Gelegenheit, eine Milz, in welche er wegen Intermittens-

tumor 14 parenchymatöse Injektionen von Sol. arsenic. Fowleri gemacht hatte, zu untersuchen und fand runzlige Beschaffenheit und fleckige Verdickung der Milzkapsel, an welcher deutliche Einziehungen der Kapsel zu konstatiren war. Alle diese Einziehungen fanden sich nur an solchen Stellen der Milzoberfläche; welche vor dem Arcus costalis gelegen, der parenchymatösen Injektion zugänglich gewesen sind.

Bei der Injektion der Sol. Fowleri, von der M. jeden 2. Tag eine halbe Pravaz'sche Spritze injicirte, glaubt M. neben dem nicht zu leugnenden mechanischen Einfluss die specifische Wirkung des Arsens in Betracht ziehen zu müssen.

Die Beobachtung eines tödlichen Ausganges gleich nach der Injektion bestimmt M., folgende Regeln bei dieser Methode vorzuschreiben: 1) Nur Tumoren mit derber Konsistenz, die weder durch Zeichen hochgradiger Anämie noch hämorrhagischer Diathese komplicirt sind, dürfen dafür ausgesucht werden. 2) Vor der Injektion ist ein längerer Gebrauch von Milzmitteln nothwendig, um durch Einwirkung auf die kontraktilen Elemente der Milz die Blutfülle des Organs zu mindern, das Lumen der Gefäße zu verringern; insbesondere ist auch die Applikation von Eisbeuteln auf die Milz einige Stunden vor und nach der Injektion dringend nothwendig. 3) ist ein geeignetes Medikament zu injiciren; die Sol. Fowleri scheint den Vorzug zu verdienen.

In letzter Zeit hat nun M. auch bei leukämischen Milztumoren mehrfach mit günstigem Erfolge die Injektionen ausgeführt. Es geben die derberen Tumoren eine entschieden bessere Prognose. Mit der durch parenchymatöse Injektion erzielten Zunahme der derben Beschaffenheit von Milztumoren, der theilweisen Verödung des Milzparenchyms in Folge von Hyperplasie und darauf folgender Schrumpfung des Bindegewebes, scheint in günstigen Fällen ein vorübergehender Stillstand des leukämischen Processes in der Milz erzielt werden zu können. **M. Cohn** (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Kanthack.** Studien über die Histologie der Larynxschleimhaut. (Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2 u. Bd. CXX. Hft. 2.)

II. Die Schleimhaut des neugeborenen Kindes nebst einigen Bemerkungen über die »Metaplasie« des Larynxepithels und die epidermoidale Umwandlung desselben.

K. hat 27 Kehlköpfe von Kindern unter einem Monat untersucht und gefunden, dass im Vergleich zum Fötus das Pflasterepithel weiter in den Kehlkopf hineinreicht als bei diesem, ohne jedoch die Spitze der Epiglottis merklich zu überschreiten. An der vorderen Kommissur und in der Pars postarytaen. befindet sich Pflasterepithel; das Pflasterepithel, das die Chorda bekleidet, ist niedriger als beim Erwachsenen, das gleiche Epithel bedeckt auch die Innenfläche der Aryknorpel. Wo Pflasterepithel, also insbesondere auf der Chorda, sind keine Drüsen vorhanden. Das Flimmerepithel der Neugeborenen zeigt mehr Schichten als beim Fötus; auch die Falten und Erhebungen, die auf dem Durchschnitt als Papillen erscheinen, sind reichlicher wie beim Fötus. Es kommen in der Larynxschleimhaut geschmacks-

knospenähnliche Gebilde vor, dieselben entstehen dadurch, dass die Falten (Papillen) sich über einander neigen und so einen Hohlraum umschließen. Die Drüsen sind beim Neugeborenen schon vollkommen entwickelt und gruppiren sich um die Basis der Epiglottis, im Ventricul. Morgagni, an der Vorder- und Hinterseite der Aryknorpel etc. Die Chordae sind absolut frei von Drüsen. In der Schleimhaut findet sich unter dem Epithel, wie beim Fötus, eine spärliche Lage von Rundzellen.

Was die »Metaplasie« des Larynxepithels betrifft, so nennt K. physiologische Metaplasie die Thatsache, dass das fötale Flimmerepithel des Pharynx dem Pflasterepithel Platz macht, dass das Spatium interarytaenoid. sein flimmerndes Epithel verliert und dass das pharyngeale Pflasterepithel an den aryepiglottischen Falten und der Epiglottis in das Larynxlumen hinübergreift. Pathologische Metaplasie ist die Umwandlung des Flimmer- in Pflasterepithel, wie sie bei Kindern und Erwachsenen besonders unter der Einwirkung chronischer Reize vorkommt. Es finden sich dann auch Übergangsformen. Am hartnäckigsten erhält sich das Flimmerepithel im Ventricul. Morgagni, wie überhaupt an allen Einsenkungen. Die Metaplasie kann sich zu einer epidermoidalen Umwandlung mit Epithelzapfen, zwischen denen sich Papillen erheben, fortsetzen. Solche Metaplasie und epidermoidale Umwandlung findet sich besonders stark bei syphilitischen und tuberkulösen Infiltrationen, hauptsächlich in der Umgebung von Geschwüren. Sehr häufig tritt die epidermoidale Umwandlung auch als Folge einfacher nicht specifischer katarrhalischer Entzündung auf. Hat diese Umwandlung einen größeren Bezirk des Kehlkopfes und neben dem Epithel auch das oberflächliche Bindegewebe ergriffen, so liegt eine Pachydermia diffusa vor, wobei der schalenförmige Wulst am Proc. vocalis nur eine Theilerscheinung vorstellt. Es kann auch die Pachydermie auf diese Prädilektionsstelle beschränkt bleiben, an welcher auch die Zapfen- und Papillenbildung am ausgeprägtesten vorhanden ist. Häufig findet sich besonders an den Taschenbändern ein »Übergangsepithel«, wo eine Umwandlung resp. Abplattung aller Schichten des Cylinderepithels beginnt. Die epidermoidale Umwandlung kann sich auch auf die Epiglottis erstrecken. Die lokalisirte oder circumscripte Pachydermie äußert sich in umschriebenen Erhebungen glatter oder verrucöser Natur; diese finden sich besonders häufig als »papilläre Leisten« an der hinteren Kehlkopfwand als Ausdruck der Tuberkulose, aber auch ohne diese. Bei der Tuberkulose sieht man solche epidermoidale Schwellungen an den Taschenbändern, Stimmbändern, Epiglottis (tuberkulöse Polypen von Gougenheim), bald von glatter, bald von leicht verrucöser Oberfläche.

Auch die sog. Sängerknötchen können durch pachydermatöse Schwellung bedingt sein. In Bezug auf die schalenförmigen Wülste am Proc. vocal. bei der Pachydermie glaubt K. auf Grund seiner Untersuchungen, dass die schalenartige Vertiefung ihre Entstehung nicht dem Druck des gegenüberliegenden Wulstes, sondern dem präformirten anatomischen Bau (feste Anheftung der Schleimhäute und Faltenbildung unterhalb des Proc. vocalis) verdankt. Die epidermoidale Umwandlung kommt durch Wucherung des Epithels zu Stande, an welche sich die Hyperplasie des Bindegewebes anschließt (Virchow). Es bilden sich Epithelzapfen und zwar sowohl typische als auch atypische. Das Vorhandensein der letzteren genügt durchaus nicht für die Diagnose des Carcinoms, nur »das Vorkommen epithelialer Gebilde im Untergewebe (Virchow)« ist für diese Diagnose entscheidend. Allerdings existirt bei Carcinom in vielen Fällen eine Pachydermie, selbst eine Pachydermia verrucossa daneben, atypische Zapfen finden sich immer in der Umgebung eines Carcinoms; es mag also ein derartiger Befund als verdächtig angesehen werden. Aber es giebt eine Pachydermia simplex, eine Pachydermia tuberculosa, eine Pachydermia syphilitica Nur scheint die Pachydermie für die Entwicklung des Carcinoms einen günstigen Boden — precancerous condition (Butlin) — darzustellen). **Kayser** (Breslau).

13. **Eichhorst.** Zur Diagnose durchbrechender Leberechinokokken. (Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft.)

Verf. weist zunächst auf die Seltenheit der Echinokokkenkrankheit in Zürich hin. Unter ca. 12000 Kranken der Privat- und Hospitalpraxis konnte nur in

2 Fällen die Diagnose auf Leberechinococcus gestellt werden. In einem dieser Fälle war der Echinococcus nach der rechten Lunge perforirt und hatte zu einer brandigen Höhlenbildung im rechten Mittellappen geführt. Die entleerte Flüssigkeit war von aashaftem Geruche. Auffälligerweise verlor sich derselbe, als die Flüssigkeit in einer Glasschale mehrere Stunden gestanden hatte und machte einem sehr durchdringenden, angenehmen, eigenthümlich aromatischem Geruche Platz, der an den erfrischenden Duft von Pflaumenmus erinnerte. In dem 2. Falle erbrach eine an Lebertumor leidende Frau wiederholt gelbgraue Massen, in welchen eine größere Masse membranartiger Fetzen enthalten war, die als Echinokokkenmembran erkannt wurden. Das Erbrochene hatte wiederum jenen durchdringenden aromatischen, fruchtähnlichen Geruch. Derselbe fiel nach einer Zeit an der Ausathmungsluft auf; bald erfolgte durch einen sehr heftigen Hustenanfall die Entleerung von Echinokokkenmembranen.

Peiper (Greifswald).

14. **H. Lenhartz.** Beitrag zur modernen Diagnostik der Magenkrankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 6 u. 7.)

L. hat den Werth der modernen diagnostischen Methoden bei Magenkranken an 390 poliklinischen Pat. geprüft, vor Allem nach der Seite des Chemismus. Es wurden im Ganzen 900 Untersuchungen nach Darreichung von Probemahlzeiten oder Probefrühstücken mit den üblichen Reagentien gemacht. Die Resultate, welche zum Theil in Einklang mit denen anderer Autoren stehen, zum Theil diesen widersprechen, sind folgende: Von 150 Fällen akuter Magenerkrankung wurde in 77,5% die Salzsäure vermindert, beziehungsweise fehlend vorgefunden, bei dem Rest in normaler Höhe oder gesteigert. Für die Sub- und Anaciditäten nimmt L. eine echte Gastritis acuta an, »wenn auch zum Theil nur oberflächlicher Art«, bei denen mit normaler Acidität einen »oberflächlichen auf das Cylinderepithel beschränkten Katarrh«, ohne Betheiligung des Drüsenparenchyms, für die Hyperaciditäten glaubt er mit Vorbehalt nervöse Störungen verantwortlich machen zu können. Während er sich also hier im Einverständnis mit den meisten Autoren befindet, weichen die Resultate bei chronischen Magenleiden erheblich von denen mancher anderer maßgebender Forscher ab. Bei diesen hat L. nur in 20% Hyperacidität, in fast 50% Verminderung oder Fehlen der Salzsäure beobachtet, Hypersekretion im wahren Sinne des Wortes, in 11 Fällen gesucht und nur in 6 gefunden. Er schreibt sie, wie Ewald, nervösen Einflüssen zu. Bei Anämie und Chlorose fehlte HCl bezw. war stark vermindert in 45,6%; bei 13 Fällen von Ulcus konnte nur 3mal Hyperacidität, 4mal normales Säureverhalten nachgewiesen werden, während in dem Rest die Salzsäure fehlte oder vermindert war. Die Beziehungen des Geschwürs zur Bleichsucht erklärt L. durch die leichte Vulnerabilität der Magenschleimhaut Chlorotischer (analog den häufigen Nasen- und Menstrualblutungen), bei welcher sowohl durch Hyperacidität als durch Anacidität bedingtes längeres Verweilen der unverdauten Speisen im Magen zur Verzögerung einer Heilung der oberflächlichen Erosion beitragen kann. Gewicht zu legen ist dabei aber auch auf die specifische Blutveränderung. Bei Ektasien erhielt L. sehr wechselnde Befunde, bei 2 war sicher carcinomatöse Striktur vorhanden, von den übrigen hatten nur 4 Hyperacidität, von 5 weiteren, bei denen Ulcus vorangegangen war, nur 2, wohingegen HCl bei 2 fehlte. Die bei Neurasthenikern gewonnenen Resultate waren verschieden; ferner fand in 19 Fällen Komplikation von Ren mobilis [mit Dyspepsie (Subacidität) statt, nie mit Ektasie. Aus den subjektiven Beschwerden, so wie aus der Art und Häufigkeit des Erbrechens ließen sich nach der Richtung der Sekretionsanomalie nach L.'s Erfahrungen keine sicheren Schlüsse ziehen. — Ref. möchte zur Würdigung der Differenzen zwischen den Angaben L.'s und den besonders von Riegel und seinen Schülern gefundenen Werthen einige Bemerkungen hinzufügen. L. selbst macht im Anfang seiner Mittheilungen auf die im Ganzen doch nur relative Brauchbarkeit poliklinischer Beobachtungen gerade bei der Untersuchung des Magensaftes aufmerksam. Die Summe der Fehler-

quellen wächst bei diesen durch die Unkontrollirbarkeit der Pat. und führt dann regelmäßig zur Vermehrung der Fälle mit »wechselndem Befunde« und verminderter Acidität, da alle Fehler ja nach dieser Richtung ausschlagen. Vielleicht wird daher das Material des Verf. einen Theil der Differenzen zwischen seinen Befunden und den von anderen Autoren an klinisch beobachteten Kranken erklären, vor Allem wohl die außerordentlich wechselnden Werthe, z. B. bei Ulcus ventriculi und Chlorose. Außerdem drängt sich aber entschieden der Gedanke auf, dass eine gewisse Disposition der Bevölkerung, welche das Untersuchungsmaterial lieferte, für das Verhalten der Säure nicht ausgeschlossen werden kann. Die Summe der chronischen Hypersekretionen bei der hessischen Landbevölkerung, die den Haupttheil der Untersuchten in Gießen bildet, ist eine außerordentlich große[1]. Bei diesen langwierig, durchaus chronisch verlaufenden Formen handelt es sich keineswegs um nervöse Störungen im Sinne einer Neurasthenie des Magens, sondern sicher um genuine Magenerkrankungen. Schließlich dürfte die Anschauung L.'s, dass unsere anatomischen Vorstellungen viel eher ein Verschwinden als eine Steigerung der Saftsekretion bei chronischen Magenleiden denkbar machen, auch nicht ohne Weiteres anzunehmen sein, wenn man sich z. B. der jüngst von Schwalbe gemachten Befunde hochgradiger Magenparenchymveränderungen erinnert, bei Personen, die intra vitam gar keine besonderen dyspeptischen Erscheinungen darboten. **Honigmann** (Gießen).

15. **W. H. Washburn** (Milwaukee). Albuminuria in the apparently healthy.

(Med. news 1890. April 5.)

Unter 338 Personen, welche in blühender Gesundheit im Interesse einer Lebensversicherung untersucht wurden, fand W. 20mal Eiweiß im Harn, also in 5,91%. Eine Anzahl von diesen Leuten konnte längere Zeit beobachtet werden, ohne dass jemals eine Nierenstörung nachzuweisen war; die Eiweißausscheidung war nur eine vorübergehende. 3 Fälle sind näher beschrieben. Der 1. Fall, ein 34 Jahre alter kräftiger Mann, welcher dem Autor bekannt war und welcher niemals Albuminurie hatte, wies bei der Untersuchung deutlich Eiweiß im Harn auf; das spec. Gewicht war normal, nur ein übergroßer Reichthum an oxalsauren Salzen. Bei zweckmäßiger Ernährung schwanden diese Salze im Harn und mit ihnen dauernd die Albuminurie. Der 2. Mann, 31 Jahre alt, hatte bei der ersten Untersuchung Albumen im Harn; spätere vielfache Prüfungen ergaben stets die Abwesenheit von Harneiweiß. Der 3. Fall endlich, ein junger, korpulenter Mann schied beträchtlich viel Eiweiß aus; vermuthend, dass die Albuminurie von einer lithämischen Nephritis ausginge, wurde dem Pat. eine Vegetarianerdiät verordnet, ohne Erfolg, wie auch Trinkkuren mit Vichywasser sich erfolglos bewiesen. Erst die täglich ausgeführten Turnübungen, welche das Körpergewicht von 185 auf 166 engl. Pfund herabdrückten, brachten rasch und dauernd das Eiweißharnen zum Verschwinden. In dem 1. Falle nimmt W. als Ursache der Albuminurie eine Reizung der Nierenepithelien durch den großen Reichthum an oxalsauren Salzen an, bei dem letzten Pat. einen übergroßen Gehalt des Blutes an Albuminaten, während er für den 2. Fall die Erkältung heranzieht. **Prior** (Köln).

16. **W. S. Waltson.** Addison's disease with a report of an autopsy.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1890. April 19.)

Unter Voraufschickung bekannter Auseinandersetzungen, welche sich auf die Anatomie und die Bedeutung der Nebennieren beziehen, wird in kurzen Zügen die Erkrankung eines 40 Jahre alten Mannes geschildert, welcher an exquisiter

[1] Außer den vom Ref. (in der Münchener med. Wochenschrift 1887) veröffentlichten 30 Fällen von chronischer kontinuirlicher Magensaftsekretion ist in letzter Zeit hier eine Dissertation von Vente erschienen, welche weitere 30 Fälle dieser Erkrankungsform mittheilt. Vielleicht auch, dass die Fälle hier häufiger gesucht und daher auch öfter gefunden werden.

Bronzekrankheit seit vielen Jahren litt. Bei der Obduktion fand sich, dass alle Organe dem normalen Verhalten entsprachen, mit Ausnahme der Nebennieren, welche beträchtlich vergrößert erschienen; von außen betrachtet ließ sich sonst nichts erkennen, auf dem Durchschnitt aber fanden sich sehr erhebliche fettige und käsige Massen vor, welche an einzelnen Stellen deutlich kalkhaltig waren, an anderen Stellen von mit eitrigem Material gefüllten Hohlräumen eingenommen waren. Über die Natur dieser Befunde, ob es sich um tuberkulöse Folgezustände handelte, liegen keine Mittheilungen vor. **Prior** (Köln).

17. **Kumpf** (Wien). Über die Wanderniere der Frauen und deren manuelle Behandlung.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 14.)

In diesem Vortrag, welcher in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien am 2. Mai 1890 gehalten wurde, theilt K. mit, dass er die manuelle Behandlung der Wanderniere in mehreren Fällen mit gutem Erfolge durchgeführt habe; die Behandlungsart bestand in den von Thure Brandt angegebenen sog. Unternierenzitterdrückungen, unterstützt durch passende Gymnastik zur Stärkung der Bauchmuskulatur und Lendenklopfungen. Die »Zitterdrückungen« hält K. für das wesentliche Element dieser Behandlung, die dadurch wirke, dass das erschlaffte Peritoneum durch die wiederholten, mechanischen Reize zur besseren Ernährung und daraus folgenden Wiederherstellung normaler Elasticität und Straffheit angeregt wird.

Prior (Köln).

18. **Scheele** (Danzig). Zur Kasuistik der plötzlichen Todesfälle bei Thymushyperplasie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.)

Vor 2 Jahren hat Grawitz einen Sektionsbefund, an einem Säugling gewonnen, veröffentlicht, auf Grund dessen die Diagnosis auf Erstickungstod durch Hyperplasie der Thymusdrüse aufgestellt wurde. Durch diese Mittheilung gewann die alte Lehre vom Asthma thymicum, welche heute im Allgemeinen nur wenige Anhänger noch hat, neues Leben. In seinen Auseinandersetzungen tritt S. mit Entschiedenheit gegen die Ansicht vom plötzlichen Erstickungstode durch die vergrößerte Thymusdrüse auf und stützt sich dabei auf ein Sektionsresultat, auf experimentelle Studien und auf zahlenmäßige Bestimmungen über das Verhalten der Thymusdrüse überhaupt. Was zunächst das Sektionsresultat anlangt, so bezieht sich dies auf ein 16 Monate altes Mädchen, das stets gesund und kräftig gewesen war und mitten in blühender Gesundheit plötzlich starb; bei der Obduktion fand sich, dass der Tod zweifellos durch Erstickung stattgefunden hatte, es fanden sich weiterhin Hyperplasie der Thymusdrüse, chronischer follikulärer Darmkatarrh; außerdem heben wir aus dem Sektionsprotokoll hervor, dass sich keine Spur von Rachitis fand; an dem linken Nervus recurrens in der Höhe des unteren Ringknorpelrandes und etwas darunter nach der Thoraxapertur hin fanden sich einige kleine linsen- und erbsengroße Lymphdrüschen vor. Der Aditus laryngis war frei, dagegen bestand deutliche Erstickungsstellung, wie Virchow die seitliche Kompressionsstellung bezeichnet hat. Die Thymusdrüse maß links in der Höhe 7,8, in der Breite 5 und in der Dicke 2 cm; rechts 6,5, 4, 2 cm, sie wog 50,2 g. Auf und in der Thymusdrüse waren zahlreiche Ekchymosen, eben so auf der Lungenoberfläche, dem Pericardium und der Pleura; die venösen Gefäße des Halses und Kopfes waren stark gefüllt, die Nierenpyramiden venös hyperämisch. Es ist nicht zweifelhaft, dass der Tod durch Erstickung stattfand. Der follikuläre Darmkatarrh kann als solcher den Tod nicht bedingen, wohl aber setzt er bei kleinen Kindern eine Neigung zu Rachitis, wie auch zu Laryngismen und eklamptischen Zuständen, so dass auch hier die Vermuthung auf Tod in solchen Anfällen möglich war; aber es fand sich keine Spur von Rachitis, und Laryngismus stridulus konnte bestimmt ausgeschlossen werden. Zur Entscheidung der Frage, ob und welcher Einfluss der Thymusvergrößerung für Erstickungszustände, Laryngismus stridulus und das Asthma thymicum zustehe, vergleicht S. die Größe und das Gewicht mehrerer

Thymusdrüsen mit der von ihm gefundenen Vergrößerung und findet, dass die Thymusdrüse an Gewicht sehr variabel ist, abhängig von dem Ernährungszustande des betr. Kindes, dass also das Gewicht von 50,2 g fast um das Doppelte den gefundenen normalen Werth übersteigt. Es können aber auch diese 50 g keine Trachea komprimiren, der Versuch an der Trachea einer kindlichen Leiche zeigt, dass erst bei 1000 g die Trachea absolut verschlossen ist; derselbe Werth fand sich bei der Trachea eines lebenden Kaninchen; es geht daraus hervor, dass die Thymusdrüse weder im normalen noch im hyperplastischen Zustande im Stande ist, die Respiration zu verhindern. Die Möglichkeit, dass durch akute Schwellung die Drüse in dem engen Isthmus der oberen Brustapertur eingekeilt wird und dadurch die Trachea verlegen kann, widerlegen die Experimente Friedleben's bei Erdrosselung von Hunden; auch die Möglichkeit, dass die Thymusdrüse die obere Hohlvene knickt, hält S. für ausgeschlossen. Beachtung verdient der Befund am linken Recurrens, weil in der Neuzeit Flesch darauf hingewiesen hat, dass er bei Stimmritzenkrampf in der Nähe des linken Recurrens ziemlich konstant einige kleine Lymphdrüsen gefunden habe; eben so ist im Sektionsprotokoll zu beachten, dass die Venen des Halses und Kopfes auffallend stark gefüllt waren bei auffallender Leere des rechten Vorhofes und Ventrikels. **Prior** (Köln).

19. **C. Östreicher.** Ein Beitrag zur Meningitis basilaris syphilitica. Paradoxe Pupillenreaktion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 6.)

O. stellt bei einem vor 16 Jahren syphilitisch gewesenen Manne, den er einen Monat zu beobachten Gelegenheit hatte, auf Grund nicht sehr charakteristischer Erscheinungen die Diagnose auf syphilitische Basilarmeningitis und glaubt die nach den vorhandenen Symptomen nicht minder wahrscheinliche Diagnose auf allgemeine Paralyse ausschließen zu können. Bemerkenswerth ist, dass bei dem Kranken die Pupillen, welche bei der Aufnahme eine starre Myosis zeigten, allmählich eine paradoxe Reaktion, nämlich Erweiterung bei Lichteinfall, zeigten; dass nun diese paradoxe Pupillenreaktion sich für Hirnsyphilis als pathognomisch erweisen wird, wie Verf. vermuthet, hält Ref. nicht für wahrscheinlich, da er auch bei Paralytikern nicht selten das Phänomen beobachten konnte.

A. Cramer (Eberswalde).

20. **Kronfeld.** Ein Fall von traumatischer Hysterie.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

Bei einem 37jährigen früher stets gesunden, kräftigen Pat. wird die Exstirpation einiger Inguinaldrüsen vorgenommen. Die Wunde heilte langsam, Pat. erholte sich schwer. Etwa 2 Monate nach dem chirurgischen Eingriff wird folgender Status aufgenommen:

Pat. ist verdrießlich, klagt, in der rechten Kopf- und Gesichtshälfte, eben so in der rechten oberen und unteren Extremität die ganze Nacht hindurch Schmerzen gehabt zu haben. In der rechten Brusthälfte habe er unangenehmes Brennen verspürt. Puls und Temperatur normal. Augenbewegungen frei. Pupillen gleich weit, reagiren gut. Außenseiten beider Skleren anästhetisch. Mit dem linken Ohr wird das Ticken einer Uhr auf $1^1/_2$ m Entfernung wahrgenommen, rechts erst beim Anlegen an die Ohrmuschel. Mit dem rechten Nasenloche riecht Pat. nicht.

Nasolabialfalte links tiefer als rechts. Der linke Mundwinkel steht etwas höher als der rechte. Beim Pfeiffen sind die linken Lippenhälften stärker betheiligt als die rechten. Die Zunge weicht beim Hervorstrecken etwas nach links ab und zittert mäßig; die rechte Zungenhälfte schmeckt nicht.

Keine Lähmung nachweisbar. Händedruck rechts schwächer als links. Patellarreflex links gesteigert, rechts abgeschwächt. An zahlreichen Körperstellen Schmerz bei Berührung. Auffallender Druckschmerz in der Gegend zwischen Harnblase und Spin. ant. sup. dextr. (Ovarie?).

Temperaturunterschiede rechts weniger empfunden; das Lokalisationsvermögen für die rechte Seite herabgesetzt. Über Lage und Bewegungen der rechten Extremitäten ist Pat. vollkommen orientirt. Beim Stehen mit geschlossenen Augen deutliches Schwanken.

Die rechte Hälfte des Kopfes, des Gesichtes mit Ausnahme des unteren Augenlides und der Wange, des Halses mit Ausnahme des zwischen beiden Theilen des Sterno-cleidomastoideus und der Clavicula gelegenen Dreiecks, ist anästhetisch.

An Brust und Bauch zwischen rechts und links kein Unterschied. Die rechte Hälfte der Zunge, so wie des weichen und harten Gaumens verspürt Nadelstiche nicht. Die rechte Epiglottis-, Pharynx- und Larynxhälfte auf Berührung mit einer gebogenen Sonde unempfindlich.

Die rechte obere und untere Extremität mit Ausnahme ganz geringer Partien anästhetisch. An der linken Körperhälfte normale Empfindung; einzelne hyperästhetische Flecken.

Die Augenuntersuchung ergiebt eine inkomplete rechtsseitige Hemianästhesie. Augenhintergrund beiderseits normal.

K. steht nicht an, diesen Fall als Hysterie aufzufassen.

M. Cohn (Berlin).

21. **P. Porcher** (Charleston). Mental weakness resulting from the presence of an enchondroma of the septum nasi.

(Journ. of the amer. med. assoc. 1890. April 19.)

Bei einem Pat. von 32 Jahren fanden sich allerlei Symptome bald hysterischer Art, bald Störungen, welche eine tiefere Gehirnerkrankung nahe legten, so dass der Pat. bald der Melancholie, bald der Hirnparalyse verfallen schien. Jede Behandlung sowohl medikamentöser Art als Aufenthalt in Kurorten erwies sich nutzlos. P. fand bei der Untersuchung ein Enchondrom in der linken Nasenhöhle, welches die Höhle gänzlich verschloss. Ein Theil der Spitze des Tumors wurde abgetragen, so viel, dass der Druck auf die angrenzende Nasenmuschel fortfiel, und ein freier Raum zwischen ihnen blieb. Von dieser Zeit an war der Kranke vollkommen gesund, jedes Symptom einer Störung blieb verschwunden.

Prior (Köln).

22. **I. Garafolo** (Graz). Ein Fall von Chininamaurose.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 15.)

Bis jetzt sind ungefähr 25—30 Fälle von Chininamaurosis bekannt. In diesem Falle handelt es sich um einen 61jährigen Mann, welcher anstatt Magnesia 15 g Chinin nahm; nach $^3/_4$ Stunden fühlte er den Kopf sehr schwer werden, begann am ganzen Körper zu zittern und bekam heftigen Stuhldrang; dann folgte Erbrechen, hochgradiges Schwächegefühl in den unteren Extremitäten, Stuhlentleerungen, 2 Stunden nach der Einnahme wurde es dunkel um den Pat., so dass er Leute nicht mehr erkennen konnte. Die Nacht war schlaflos, starkes Ohrensausen quälte; am anderen Morgen konnte Pat. sich nicht mehr von dem Sopha erheben, er zitterte sehr stark, war schwerhörig und vollständig blind. Beide Trommelfelle waren stark eingezogen, die Gefäße des Hammers stark injicirt; Orts- und Temperatursinn normal. Der Geruch war erloschen, der Geschmack erhalten. Der Harn enthielt kleine Mengen Eiweiß, aber er soll 17 Stunden nach Einnahme des Chinins und an dem folgenden Tage keine Chininreaktion gegeben haben. Der nächstfolgende Tag zeigt den Pat. im Zustande einer Psychosis. Der ophthalmoskopische Befund zeigt als erfassbare Veränderung eine Ischämie der Netzhaut; es dürfte aber diese Ischämie nicht als alleinige Ursache der Chininamaurose zu gelten haben, weil diese Amaurose durch v. Graefe beobachtet wurde bei vollständig normalem Spiegelbefund und weiterhin von verschiedenen Autoren die Rückkehr des Sehvermögens bei unverändertem Fortbestande hochgradiger Verengerung sämmtlicher Netzhautgefäße beschrieben wurde. Dieser Pat. genas vollkommen.

Prior (Köln).

23. **Mesnet** (Paris). Über Autographismus.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung der Acad. de méd. in Paris vom 25. März 1890.)

(Wiener med. Blätter 1890. No. 14.)

Der Autographismus verdankt seinen Namen M., welcher zuerst eingehend beobachtet und beschrieben hat, dass man bei geeigneten Personen mit einem

stumpfen Stilet oder einer Bleistiftspitze u. dgl. die Umrisse einer Figur oder ein Wort auf die Haut zeignen kann und dass, trotz der leisen Berührung fast in demselben Augenblick eine diffuse lebhafte Röthe entsteht, auf welcher sich die aufgetragene Zeichnung oder das Wort ungefähr noch 2 Minuten durch eine blassrothe Farbe von dem lebhaften Erythem deutlich abhebt. Bei einer Person gelang es nicht selten Inschriften herzustellen, welche man, da die blassen Linien rasch breiter und erhabener wurden, so dass sie endlich ein Relief von der Dicke einer Kielfeder darstellten, sehr gut auf eine Distanz von 20 m lesen konnte. In den letzten Jahren hat M. 3 weitere Fälle gesammelt, aus welchen Beobachtungen als charakteristisch hervorgehoben wird, dass alle diese Fälle einen gleichen Symptomenkomplex, eine Familienphysiognomie darboten: stets bestanden fixe und persistirende Störungen der peripheren Sensibilität, wie Analgesie, Anästhesie, funktionelle Störungen verschiedener Sinnesorgane, daneben alle Äußerungen einer ausgebildeten Hysterie. Für das Zustandekommen des Autographismus ist es ganz gleichgültig, ob der Versuch an einer anästhetischen Hautstelle gemacht wird oder an einer Stelle mit vollkommen erhaltener Sensibilität. Der Autographismus ist keine ephemere Erscheinung, sondern persistirt, eben so wie die nervösen Störungen jahrelang. Die Menstruationsperiode steigert stets die Intensität dieser Erscheinung. Mit der Urticaria hat dieses Phänomen große äußere Ähnlichkeit, unterscheidet sich aber dadurch, dass stets die von dem Experimentator aufgetragene Zeichnung in Form von erhabenen, gefärbten Reliefs erscheint und dass es seine Prädisposition nicht in bestimmten Ernährungszuständen des Organismus, z. B. arthritischer Diathese, hat, sondern nur in funktionellen Störungen des Nervensystems. Alle die an Autographismus leidenden Pat. sind mit Leichtigkeit dem Hypnotismus zugänglich. **Prior** (Köln).

24. **E. L. Shurly** (Detroit, Mich.). Remarks and clinical report on the use of the Weigert hot air inhaling apparatus.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. April 12.)

Seit dem März 1889 ist im Hospital zu Detroit der Weigert'sche Apparat bei ungefähr 20 Personen bald längere, bald kürzere Zeit versucht worden, bei 8 Personen mit konsequenter Durchführung. Aufmunternd sind auch hier die in extenso mitgetheilten Resultate nicht, es schien nach Allem unmöglich, den Apparat so lange Zeit anzuwenden als gefordert wird, manche Pat. fühlten Erleichterung, die Athembeschwerden nahmen ab und das Allgemeinbefinden zu, aber im Allgemeinen wird nichts besonders Günstiges berichtet. **Prior** (Köln).

25. **G. Klemperer.** Alkohol und Kreosot als Stomachica.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft.)

K. hat in der vorliegenden Arbeit die Frage zu beantworten gesucht, in welchem Maße die sekretorische wie motorische Thätigkeit des Magens durch den Alkohol und das Kreosot beeinflusst wird. Aus den interessanten Untersuchungen geht hervor, dass mäßigen Gaben Alkohol ein sekretionsbefördernder Einfluss sicher nicht in hervorragendem Maße zukommt, eben so wenig dem Kreosotwein. Kreosotpillen schienen hingegen einen günstigen Reiz auf die Mucosa auszuüben, jedoch ist, wie K. selbst betont, die Versuchszahl zu gering, um das Ergebnis als sicher anzusehen. Weitere Versuche zeigten hingegen, dass die genannten Mittel einen ganz bedeutenden Einfluss auf die motorischen Funktionen des Magens ausüben. **Peiper** (Greifswald).

26. **Lawrie.** Antimony in inflammation.

(Practitioner 1890. April.)

L. hat das Antimon in kleinen Dosen mit besonders günstigem Erfolge bei Krankheiten des Darmkanales, besonders Kinderdiarrhoen und typhösen Erkrankungen angewandt und rühmt seine entzündungswidrigen Eigenschaften. Niemals hat er irgend welche unangenehme Nebenwirkungen beobachtet. Besonders hebt Verf. noch hervor, dass die Frequenz der Herzaktion durch das Antimon vermehrt wird. **M. Cohn** (Berlin).

27. **Köbner.** Über subkutane Chinininjektionen nebst einem Falle von seltener Nebenwirkung derselben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 15. p. 323.)

Mit Bezug auf den Vortrag von Baccelli über intravenöse Injektionen von 1%igen Chininlösungen von neutraler Reaktion gegen Malaria bespricht Verf. seine diesbezüglichen schon im Jahre 1870 über die hypodermatische Anwendung von neutralen salzsauren Chininlösungen publicirten Beobachtungen. Bei intermittirenden Neuralgien erzielte Verf. schon durch Injektion von 0,12—0,15, bei Intermittensfiebern von je 0,25 und zwar nach Bedarf 2 oder 3 solche Injektionen ohne üble Nebenerscheinungen, völlige Heilung. Dass aber durch hohe Chinindosen bei subkutaner Anwendung bei das Chinin überhaupt schlecht vertragenden Individuen unliebsame Erscheinungen möglich sind, illustrirt Verf. durch Mittheilung eines Falles. Wegen typisch auftretender Urticaria erhielt ein Knabe 0,3 Chinin von einem Arzte injicirt. Es traten Purpura und bald starke dysenterische Erscheinungen auf, die sich nach einer späteren nochmaligen Injektion wiederholten. **Peiper** (Greifswald).

28. **Rosenthal.** Chloralamid als Hypnoticum.

(Med. Monatsschrift New York 1890. März.)

R. führt die Resultate des Chloralamidgebrauches bei 15 Pat. an unter kurzer Angabe der Krankengeschichten. An der Hand dieser nicht sehr umfangreichen Kasuistik glaubt er das Mittel empfehlen zu können, zumal er bloß in 2—3 Fällen (ca. 7%) leichten Kopfschmerz und Schwindel beobachtete. Die Mitteldosis betrug 3,0, am besten 1 Stunde vor Schlafengehen. Er glaubt auch auf Grund dieser 15 Beobachtungen den allgemeinen Satz aufstellen zu können, dass es gar keine schädliche Wirkung auf Herz und Respiration ausübe (widersprechend den Angaben anderer Beobachter). Am besten wirke es bei Nervenkranken, gar nicht bei Phthisikern. **Rosin** (Breslau).

Bücher-Anzeigen.

29. **A. Leppmann.** Die Sachverständigenthätigkeit bei Seelenstörungen.

Berlin, **Th. Chr. Fr. Enslin,** 1890. 273 S.

Verf., welcher in dem trefflichen Werke »der preußische Physikus« von Schlockow den psychiatrischen Theil bearbeitet, hat in dem vorliegenden Buche eine Ergänzung für jedes psychiatrisch-klinische Lehrbuch geliefert. Die reiche Erfahrung, welche L. in Folge seiner langjährigen Thätigkeit als gerichtlichem Sachverständigen zu Gebote steht, hat er in einer neuen, ganz eigenartigen Weise verwerthet, und besonders die Eintheilung des Stoffes bei der dem Verf. eigenen fließenden Darstellungsform bewirkt, dass Jeder, der das Werk zur Hand nimmt, über alle einschlägigen Fragen vollkommenste Belehrung finden kann. Das Buch ist fesselnd geschrieben, hält sich fern von jeder doktrinären Erörterung und stellt die für den Praktiker nöthigen Erfordernisse in leicht verständlicher und übersichtlicher Weise dar, so dass auch dem gerichtlichen Verhältnissen ferner stehenden Arzte Gelegenheit geboten ist, wenn von ihm ein sachverständiges Urtheil über den Geisteszustand eines Individuums verlangt wird, sich über die Form seines Gutachtens in juristischer und medicinischer Beziehung vollständig zu orientiren. Eine solche Bearbeitung eines großen, verschieden gestalteten Materials entsprach wirklich einem Bedürfnisse und es ist dankbar anzuerkennen, dass L. dieselbe — und gerade in dieser Weise — unternommen hat. Er beherrscht die Materie mit seltener Sachkenntnis und Gewandtheit.

Im allgemeinen Theil findet sich zunächst eine Anleitung zur Abfassung von Gutachten über krankhafte Seelenzustände, Angaben über die Untersuchung von Geisteskranken, die Diagnose und eine ausführlichere Darstellung der Simulation.

Im speciellen Theil sind die einzelnen Kapitel, deren jedes ein für sich abgeschlossenes Ganzes bildet, dennoch so angeordnet, dass zunächst das Strafrecht, dann bürgerliches Recht, Verwaltung, besonders Sanitätspolizei und endlich Privatangelegenheiten den Inhalt derselben bilden. Überall sind die Gesetze des Deutschen Reiches und der einzelnen Staaten und die Entscheidungen der obersten Gerichtshöfe mit berücksichtigt, so dass zuerst der Wortlaut des betr. Gesetzes mitgetheilt, dann dessen Erklärung und Auslegung, stets unter Berücksichtigung der für den Sachverständigen wichtigen medicinischen Punkte, dargelegt wird. Für jede Frage sind dann Gutachten über häufig vorkommende Fälle, alle aus der Praxis des Verf. und von ihm selbst verfasst, hinzugefügt und insbesondere die Verknüpfung des Wortlautes von Gesetz und Verordnung mit der Begutachtung klar veranschaulicht. Der Inhalt der Kapitel des speciellen Theiles ist folgender: Zurechnungsfähigkeit, Verhandlungs-, Zeugnis-, Strafvollzugsfähigkeit, Beischlaf mit einer geisteskranken Person, Verfall in Geistesstörung nach einer Verletzung und nach Beibringung von Gift, Verfügungsfähigkeit, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Dienstfähigkeit von Beamten, Militärangelegenheiten, Irrenanstaltswesen (mit Beispielen ausgefüllter Fragebogen), staatliche Beaufsichtigung der Familienpflege, Lebensversicherung, Familienangelegenheiten (Behandlung von Geisteskranken in der Familie, Erziehung und Beruf, Ehe). Ein sorgfältig ausgearbeitetes Register ermöglicht das leichte Auffinden eines jeden Gegenstandes.

Diese kurze Angabe des Inhaltes des ausgezeichneten Werkes möge genügen. Die »günstige Aufnahme«, welche Verf. seinem Buche in der Vorrede wünscht, wird und muss dasselbe in allen betheiligten Kreisen finden. Es ist nicht nur zum Studium und als Nachschlagewerk für den Anfänger, sondern auch für den Medicinal- und Verwaltungsbeamten und Richter zu empfehlen. Der baldigen Herausgabe einer 2. Auflage sehen wir mit Vergnügen entgegen. Die Ausstattung des Werkes ist musterhaft. **G. Meyer** (Berlin).

30. **Pollatschek.** Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1889. Ein Lehrbuch für praktische Ärzte.

Berlin, **Heuser's** Verlag, 1890.

Das Werkchen des durch eine Reihe von wissenschaftlichen Abhandlungen bekannten Karlsbader Arztes ist mit anerkennenswerther Sorgfalt und Ausführlichkeit in verhältnismäßig kurzer Zeit entstanden. Da es alljährlich aufs Neue erscheinen und ein Sammelwerk der jeweiligen therapeutischen Vorschläge des vergangenen Jahres bilden soll, so wird dasselbe zugleich ein Spiegelbild der modernen therapeutischen Anschauungen sein. Schon der Jahrgang 1889 zeigt in vollster Objektivität, welche Fluth von leider oft nur allzu kritiklos angewandten therapeutischen Maßnahmen der Öffentlichkeit übergeben worden sind. Auf mehr als 150 Doppelspalten ist der Stoff vertheilt. Die neuen Medikamente und therapeutischen Vorschläge sind zum Theil selbständig aufgeführt, zum Theil unter die Namen der Krankheiten vertheilt, gegen welche sie gegeben werden, und zwar in Anlehnung an ausführlichere Referate über dieselben und mit besonderer Berücksichtigung solcher Mittel, die von autoritativer Seite empfohlen wurden. Da auch das stärkste Gedächtnis nicht im Stande sein dürfte, die therapeutischen Empfehlungen auch nur eines Jahrganges im Geiste zu behalten und so vieles Unnütze, zum Theil bereits der Vergessenheit Übergebene vom Nützlichen zu trennen, so wird das Buch dem praktischen Arzte ein willkommenes Hilfs- und Nachschlagewerk sein, welches wegen seines alljährlichen Erscheinens nie ganz veralten kann. Die äußere Ausstattung ist eine vorzügliche. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das übrigens auch preiswürdige Buch sich allgemeinen Beifalls erfreuen wird.

Rosin (Breslau).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 44. **Sonnabend, den 1. November.** **1890.**

Inhalt: 1. **Hirschl,** Phenylhydrazinzuckerprobe. — 2. **Steinheil,** Infektiosität des Fleisches bei Tuberkulose. — 3. **Gebhard,** Einfluss der Verdünnung auf das tuberkulöse Virus. — 4. **Debrokionski,** Intestinale Infektion mit Tuberkelbacillen. — 5. **Rembold,** Tuberkelbacillen im Staub. — 6. **Landerer,** Behandlung der Tuberkulose mit Perubalsam. — 7. **Barth,** Splenopneumonie. — 8. **Elsenberg,** Xeroderma pigmentosum. — 9. **Baccelli,** Intravenöse Chinininjektionen bei Malaria. — 10. **Kobler,** Codeïn.
11. **G. Cohen,** Hämophilie. — 12. **Renvers,** Scarlatina puerperalis. — 13. **Bouveret,** Lungenödem. — 14. **Garvens,** Kalomel bei Hydrops. — 15. **Neudörfer,** Spirotherapie. — 16. **Rheiner,** Diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. — 17. **Demme,** Natrium paracresotinicum. — 18. **Seidler,** Methacetin. — 19. **Rose,** Behandlung des Erysipels im permanenten warmen Bade. — 20. **Remak,** Basale Hemianopsie. — 21. **Sperling,** Lähmung des N. suprascapularis sin. — 22. **H. Köbner,** Trophische Hautreizung durch den galvanischen Strom. — 23. **Lohmann,** Onanismus beim Weibe. — 24. **Plumert,** Syphilis und Reizung. — 25. **Le Dentu,** Syphilitischer Muskeltumor. — 26. **L. Weiss,** Sialorrhoe durch vikariirende Quecksilberausscheidung. — 27. **Malécot,** 28. **Picard,** Abortivbehandlung der Gonorrhoe. — 29. **Kromayer,** Herxheimer'sche Fasern im Epithel. — 30. **Deligny,** Pruritus.
Bücher-Anzeigen: 31. **v. Ziemssen,** Pharmacopoea clinica. V. Aufl. in neuer Zusammenstellung von H. Rieder.

1. **J. A. Hirschl.** Über den Werth der Phenylhydrazinzuckerprobe. (Aus der med. Klinik des Prof. R. v. Jaksch in Prag.)

(Zeitschrift für physiol. Chemie Bd. XIV. Hft. 4. p. 377.)

H. weist die Einwände, welche von Geyer gegen die Verwendbarkeit des Phenylhydrazins zum Nachweis von Zucker im Harn erhoben worden sind, zurück.

Die meisten normalen Harne geben mit Phenylhydrazin amorphe, braune Niederschläge oder Niederschläge, welche, so weit sie krystallinisch sind, sich durch ihre Farbe und ihre Formen unzweideutig von Phenylglykosazon unterscheiden. Von den Substanzen, welche

solche Niederschläge erzeugen, kommt in erster Linie die Glykuronsäure in Betracht. H. untersuchte das diesbezügliche Verhalten des glykuronsauren Natriums. Er erhielt einen Niederschlag, welcher aus hellgelben großen und kleinen Schollen bestand und zahlreichen hellgelben Nadeln, die sich in radiärer Anordnung befanden. Die Nadeln waren von den Phenylglykosazonnadeln dadurch unterschieden, dass sie dicker, plumper waren als jene. Sie waren sehr unregelmäßig gestaltet; aus einem Leib traten mehrere nadelförmige Spitzen heraus, die dann wieder in einen Leib verschmolzen. Die Mitte der radiär angeordneten Fasern bildete stets eine unregelmäßig begrenzte Scholle, aus der die Nadeln gleichsam herausgewachsen schienen. Daneben waren sehr viele isolirte Nadeln zu sehen, die eine sehr unregelmäßige Begrenzung zeigten, deren Breite in jeder Partie wechselte, deren hellcitronengelbe Farbe jedoch mit der des Phenylglykosazons vollkommen übereinstimmte. Die Farbe war mehr braun und gelbbraun, wenn die Probe längere Zeit im kochenden Wasserbade erhitzt wurde. H. empfiehlt desshalb stets eine Stunde zu digeriren.

Harne, welche gelbe krystallinische Niederschläge liefern, die mikroskopisch aus großen gelben Nadeln in radiärer Anordnung oder aus kleineren, spitzen, stechapfelförmig geordneten, aber auch regelmäßig gestalteten Nadeln bestanden, enthielten, wie die Gährungsprobe bestätigte, Zucker.

Nach Allem »ist die Phenylhydrazinprobe zum Nachweise von Zucker im Harn auf das Wärmste zu empfehlen«.

F. Röhmann (Breslau).

---

2. **F. Steinheil** (München). Über die Infektiosität des Fleisches bei Tuberkulose. (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

(Münchener med. Wochenschrift 1889. No. 40 u. 41.)

In gleicher Weise wie Kastner unter Leitung von Bollinger mit dem ausgepressten Fleischsaft von tuberkulösen Rindern Versuche angestellt hat, wurden vom Verf. gewissermaßen als Fortsetzung dieser Experimente Versuche mit dem Fleisch von Phthisikerleichen gemacht, in der Erwartung, dass deren hochgradige Erkrankung dem Fleisch perlsüchtiger Thiere gegenüber vielleicht ein anderes Resultat geben könnte. Zur Gewinnung des Fleischsaftes wurden die Psoasmuskeln benutzt und die Infektion der Meerschweinchen mit je 1 ccm desselben intraperitoneal vorgenommen. Die Versuche fielen sämmtlich positiv aus und ist durch dieselben erwiesen, dass das Fleisch Tuberkelbacillen oder deren Sporen enthalten hat. Wahrscheinlich ist danach auch, dass das Fleisch hochgradig perlsüchtiger Thiere Infektionskeime enthalte, obschon das geringer perlsüchtiger Thiere nach den Versuchen von Kastner unschädlich zu sein scheint.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

3. **F. Gebhard.** Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Verdünnung auf die Wirksamkeit des tuberkulösen Giftes. (Aus dem patholog. Institut zu München.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

Der Verf. beschäftigte sich zunächst mit der Frage, in wie weit die Milch, wie sie in München zum Verkauf kommt, infektiös (zur Erzeugung von Tuberkulose) wirkt. Die mit 10 verschiedenen Milchsorten angestellten Versuche blieben sämmtlich erfolglos. Milch von tuberkulösen Thieren (ohne lokale Eutertuberkulose), welche sich bei intraperitonealer und subkutaner Impfung in unverdünntem Zustande bei allen Versuchen infektiös erwies, konnte durch eine mehr oder weniger erhebliche Verdünnung (1 : 40—1 : 100) unschädlich gemacht werden. Der Verf. zieht daraus den praktischen Schluss, dass es ungefährlicher ist, die Milch aus großen Stallungen zu verwenden, als nur die Milch einer einzelnen Kuh zu genießen.

Eine weitere Versuchsreihe bezog sich auf die Infektiosität des Sputums von Phthisikern, welches ja allgemein als Hauptquelle der Infektion für den Menschen angesehen wird. Phthisisches Sputum erwies sich als ungemein infektiös; selbst eine Verdünnung von 1 zu 100000 hob die infektiöse Wirkung (bei Inhalation, bei subkutaner oder intraperitonealer Injektion) nicht auf. Die Fütterung von Sputum in einer Verdünnung von nur 1 : 8 ergab dagegen ein negatives Resultat. Reinkulturen von Tuberkelbacillen erwiesen sich auch in enormer Verdünnung als infektiös (selbst bei Verdünnung von 1 : 400000).

Auf den Verlauf der Tuberkulose äußert die Verdünnung des Impfmaterials in so fern einen Einfluss als mit fortschreitender Verdünnung die Ausbreitung des Processes im Thierkörper verlangsamt wird. Um ein ungefähres Urtheil darüber zu gewinnen, wie viel Bacillen in den noch wirksamen höchsten Verdünnungen bei dem einzelnen Versuch dem Körper zugeführt werden, unternahm der Verf. Zählungen der Tuberkelbacillen im Sputum. (In Reinkulturen war eine Zählung nicht möglich, da die Bacillen auch bei starker Verdünnung und sorgfältigster Verreibung immer noch in großen Haufen zusammenliegen.) Er berechnet danach den Gehalt des unverdünnten Sputum an Tuberkelbacillen auf 8796000 pro Kubikcentimeter.

F. Neelsen (Dresden).

---

4. **Debroklonski.** De la pénétration des bacilles tuberculeux dans l'organisme à travers la muqueuse intestinale.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1890. No. 2.)

D. untersuchte unter Leitung von Cornil an Meerschweinchen, welche mit Tuberkelbacillen (in Glycerin-Bouillon) gefüttert wurden, mikroskopisch die Bedingungen der intestinalen Infektion. Er fand, dass sie mit Sicherheit bei vollkommen intakter Darmschleimhaut eintritt; es ist hierzu kein längeres Verweilen auf derselben nöthig,

auch erregen die Bacillen nicht vor dem Eindringen eine Entzündung oder sonstige Veränderung der Darmwand. Der Durchtritt der Bacillen durch das Epithel der Schleimhaut ist nur schwer zu beobachten, meist liegen sie schon im Stroma der Zotten unterhalb des Epithels; durch den Lymphstrom werden sie dann weiter getragen und veranlassen kleine Entzündungsherde, Anschwellung Peyerscher und isolirter Follikel (vorzugsweise im Ileum und Coecum). Neben den Bacillen findet man kuglige oder leicht ovale Formen, die sich charakteristisch färben und von D. für Sporen gehalten werden. Schon am 4. Tage nach der Infektion bilden sich Tuberkel in den Mesenterialdrüsen, gegen den 15. Tag sind sie zum Theil schon makroskopisch auf Leberschnitten zu erkennen; später erzeugen die Bacillen, im Blut- und Lymphgefäßsystem cirkulirend und dort auch nachweisbar, eine Allgemeininfektion.

Erst mit dem Eintritt der degenerativen Vorgänge im Tuberkel erscheint die Stäbchenform häufiger, während vorher fast regelmäßig die Sporenform zu finden ist. Bezüglich der Entwicklung des Miliartuberkels stimmt D. wesentlich mit den Anschauungen Baumgarten's überein. **H. Neumann** (Berlin).

---

5. **S. Rembold.** Über die Cornet'schen Vorschläge zur Bekämpfung der Tuberkulose nebst Mittheilung über Untersuchung von Luft auf Tuberkelbacillen.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1889. No. 27—28.)

Nach einem ausführlichen kritischen Referate der bekannten Arbeiten Cornet's betreffend die Prophylaxe der Tuberkulose theilt Verf. einige Versuche mit, die bis dahin noch nicht veröffentlicht wurden und wegen ihres positiven Erfolges und ihrer völligen Unabhängigkeit von den Cornet'schen Untersuchungen Interesse beanspruchen. Dieselben wurden von Herrn Dr. Schliephake ausgeführt und verfolgten gleich denen von Cornet den Zweck, die Anwesenheit von Tuberkelbacillen in der Luft von Phthisikern bewohnter Räume nachzuweisen. Die Untersuchungen wurden so eingerichtet, dass durch einen in der Mitte eines ca. 8 cm langen sterilisirten Glasröhrchens eingesteckten $1^1/_2$ cm langen sterilisirten Baumwollpfropf mittels des bekannten Flaschenaspirators Luft hindurchzog und gleichzeitig durch Aufkehren des Bodens, Aufmachen von Betten, Ausklopfen von Matratzen etc. eine möglichst große Staubentwicklung herbeigeführt wurde. Die Versuche wurden in einem Zimmer angestellt, das seit längerer Zeit mit Phthisikern belegt, aber reinlich gehalten und sorgfältig ventilirt war. Die Menge der durch die Pfröpfe durchgeleiteten Luft betrug je 40 Liter, die Zahl der Entnahmen von Luft aus diesem Zimmer betrug 6, während gleichzeitig Luft zur Kontrolle aus dem Garten durch einen Pfropf gesaugt und ein achter Pfropf ohne weitere Behandlung auf ein Versuchsthier übertragen wurde. Diese Pfröpfe wurden auf Meer-

schweinchen verimpft und diese nach 8—10 Wochen getödtet. Die 2 Kontrollmeerschweinchen, so wie 4 andere blieben völlig gesund, bei den zwei übrigen zeigte das eine auf der Inoculationsseite verkäste Lymphdrüsen und Tuberkelknötchen in der Lunge, Milz und Leber, das zweite hatte an der Inoculationsstelle ein rundliches Geschwür und in der Nähe davon eine verkäste, bacillenhaltige Leistendrüse. Es ist also auch durch diese Versuche der Beweis erbracht, dass die Luft in den von Phthisikern belegten Räumen Tuberkelbacillen enthalten kann, wenn in diesen der Staub von durch Phthisiker beschmutzten Gegenständen aufgewirbelt wird.

Goldschmidt (Nürnberg).

---

6. **Landerer.** Die Behandlung der Tuberkulose mit Perubalsam.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 14.)

Zur Anlegung eines Depots eines schwer löslichen antiseptisch wirkenden Stoffes in tuberkulösen Herden wandte L. den Perubalsam an, dessen Wirkung auf skrofulöse Drüseneiterungen wie auf frisch abgekratzte Wunden sich als ein äußerst günstiger erwiesen hatte. Derselbe günstige Erfolg zeigte sich bei Injektion von Perubalsam (Emulsion mit Mucil. gummi arab. oder Eidotter) in geschlossene tuberkulöse Herde, die ohne besonders erhebliche Nebenerscheinungen zur völligen Ausheilung gelangten. Es ergiebt sich aus diesen günstigen Erfolgen die Einschränkung größerer operativer Eingriffe.

Um nun auch innere tuberkulöse Processe der Perubalsambehandlung zugänglich zu machen, versuchte L. die Einführung der intravenösen Injektion. Zunächst gelang es beim Versuchsthiere, die in den Lungen des Kaninchen befindlichen Tuberkelbacillen zur Vernichtung zu bringen und künstlich Processe in den Lungen der inficirten Kaninchen zu erzeugen, welche zur Heilung der tuberkulösen Affektionen geeignet und den Vorgängen ähnlich sind, durch welche die Natur selbst die Ausheilung tuberkulöser Processe herbeiführt. Wahrscheinlich ist es die durch den Perubalsam angeregte aseptische Entzündung, welche die Resorption bewirkt. Verf. hat auch bei 8 tuberkulösen Menschen die Perubalsamemulsion intravenös injicirt, ohne besondere üble Nebenerscheinungen zu sehen. Die Resultate fordern zur weiteren Erprobung des Verfahrens auf.

Peiper (Greifswald).

---

7. **Barth.** De la spléno-pneumonie. Leçon rec. par Faure-Miller.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 19 u. 20.)

Die Splenopneumonie, welche Grancher mit diesem Namen belegte, beginnt mit kurzem Frösteln (kein Schüttelfrost), Dyspnoe; Fieber ist nicht sehr hoch, keine Seitenstiche; Auswurf schleimig, bisweilen Blutstreifen enthaltend. Bei Perkussion Dämpfung. Aus-

kultation ergiebt Rasselgeräusche, Broncho-Aegophonie. Die Erkrankung endet meist mit Genesung. Ihren Anfang hat man auch »Lungenkongestion« genannt; bei der »Lungenpleurakongestion« besteht zugleich geringer Erguss. Jedenfalls ist bei diesen Affektionen die Kongestion stets die Hauptsache, zu welcher sich Ödem gesellt. Ein infektiöses Agens ist hier zum Unterschiede von echter Pneumonie nicht vorhanden. In den meisten Fällen ist Erkältung die Ursache, welche eine vasomotorische Störung in einem Theil des Lungenparenchyms erzeugt; hierdurch entsteht starke Erweiterung der Kapillaren, aus denen Serum und weiße Zellen austreten. Die Flüssigkeit erfüllt die Alveolen, die Epithelien betheiligen sich am Process, schwellen an, fallen ab und füllen die Alveolen, welche fast vollkommen undurchgängig für die Luft werden. Meist erscheint die Splenopneumonie als sekundäre Erkrankung nach Grippe, Typhoid etc.; sie ist eigentlich keine Krankheit sui generis, sondern begleitet andere Allgemeinerkrankungen. Die Autopsie, welche nur selten, in Fällen, die durch die Allgemeinkrankheit zu Grunde gehen, möglich ist, ergiebt milzähnliches Verhalten des Lungenparenchyms; jedoch ist das Gewebe dicht, nicht so leicht zerreißlich wie das der Milz. Die Krankheit hört brüsk auf oder langsamer und kann sich wochenlang hinziehen; meist ist sie beiderseitig. Auf der später befallenen Seite sind die Erscheinungen weniger ausgeprägt. Die Nachbarorgane werden nicht verdrängt. Im Bereiche der gedämpften Partien ist feinblasiges Rasseln hörbar. Die Differentialdiagnose von der Pleuritis ist wichtig wegen der bei dieser auszuführenden Punktion. Probepunktion kann jedenfalls gemacht werden. Schneller Verlauf und schnelle Genesung sprechen für einfache Lungenkongestion; ist gleichzeitig mäßiges Exsudat vorhanden, so liegt Pleurokongestion vor; sind die Erscheinungen hartnäckiger und tiefer, so handelt es sich um Splenopneumonie. Prognosis ist fast stets bona. Die Behandlung richtet sich gegen den Kongestionszustand der Lungen und gegen die entzündlichen Erscheinungen.

G. Meyer (Berlin).

---

8. **Elsenberg.** Xeroderma pigmentosum (Kaposi). Melanosis lenticularis progressiva (Pick).

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Wahrscheinlich fasst man unter der Bezeichnung des Xeroderma pigmentosum eine Anzahl verschiedenartiger pathologischer Processe zusammen und es ist desshalb die Mittheilung jedes einzelnen hierher gehörigen Falles mit größtem Danke aufzunehmen. Bis jetzt sind im Ganzen 52 Fälle beschrieben. Der von dem Verf. mitgetheilte Fall betraf ein 15jähriges Mädchen, welches seit ihrem 6. Lebensmonate an der Erkrankung litt. Um diese Zeit entwickelten sich im Gesicht, am Halse und den Händen des Kindes kleine rothe Flecke, welche nach einigen Tagen die Größe und Farbe von Sommersprossen zeigten. Im 4. Lebensjahre wurde aus einem derartigen

dunklen Fleck ein erhabenes Knötchen, welchem an anderen Stellen mehrere derartig langsam wachsende folgten. Dieselben wurden exstirpirt und zeigten einen sarko-carcinomatösen Bau; im Laufe der nächsten Jahre entwickelten sich an vielen Stellen weitere maligne zerfallende Geschwülste, welche allmählich zur Kachexie und zum Exitus führten. Aus den mikroskopischen Untersuchungen ging hervor, dass die Tumoren der Haut gewöhnlich in Mischformen vorhanden waren und zwar als Carcinome mit einer unbedeutenden Beimengung von sarkomatösem Gewebe. In einigen Tumoren hatte aber das sarkomatöse Gewebe das Übergewicht und dann konnten nur hier und da zerstreute carcinomatöse Bildungen gesehen werden, wie z. an der Stirn (Sarcoma giganto-cellulare) und am Kinn. Woher entstehen nun diese Tumoren bei jugendlichen Personen? Es ist sehr wahrscheinlich, dass das Pigment oder derjenige Process, welcher seine Bildung an den betr. Stellen hervorruft, den Reiz zur Ausbildung von bösartigen Tumoren abgiebt. Auffällig war die Wucherung des die Gefäße umgebenden Bindegewebes oder des Epithels der Haarscheiden an den Stellen, wo eine starke Ansammlung von Pigment stattfand und nur diese Theile unterlagen anfänglich einer tumorartigen Degeneration. Da aber in den größeren Tumoren sehr wenig Pigment vorhanden war, so muss man annehmen, dass das Pigment mit der Zeit schwindet und auf irgend welchem Wege aus dem Organismus ausgeschieden wird. Neben dieser Entwicklung bösartiger Geschwülste kommt nun noch die Hautatrophie in Betracht. Verf. fand bei seinen Untersuchungen, dass überall, wo die Haut derartige Veränderungen aufwies, sich auch in dem Unterhautfettgewebe entzündlich-atrophische Vorgänge abspielten. Dieses, im Verein mit den von Pick gefundenen endo- und periarteriellen Veränderungen, veranlasst den Verf. zur Aufstellung folgender Hypothese: Die Pigmentveränderungen der Haut sind regionär und klein, wir können annehmen, dass jede kleine Hautpartie ihr Ernährungsmaterial von einem aus einer kleinen Arterie stammenden und im Unterhautbindegewebe gelegenen Gefäßnetz bezieht; wenn dieser arterielle Zweig durch endo- und periarterielle Processe verschlossen wird, dann muss ein Verschluss eines ganzen Gefäßnetzes einer gewissen Gegend und damit auch eine Atrophie an dieser Hautstelle resultiren — gleichzeitig werden die angrenzenden Regionen eine Hyperämie erleiden, die Gefäße werden sich erweitern und die um sie angesammelten Zellen füllen sich mit Pigment. Weitere Untersuchungen werden zunächst die im Unterhautfettgewebe gefundenen Veränderungen zu bestätigen haben. **Joseph** (Berlin).

---

9. **G. Baccelli.** Le injezioni intravenose dei sali di chinina nella infezione malarica.

(Gaz. degli ospitali 1890. No. 12.)

Versuche mit Injektion von neutralem salzsaurem Chinin (gelöst in physiologischer Kochsalzlösung) in die Vorderarmvenen bei

Malariakranken ergaben, dass das Chinin in Dosen von 1 g den Fieberverlauf nicht zu unterbrechen vermag, wenn es zu Beginn des Fiebers oder in den 3 ersten Stunden seiner Dauer angewendet wird; dass es, auf der Akme des Fiebers einverleibt, den Eintritt der Krise nicht beschleunigt; dass es, während des spontanen Fieberabfalles oder nach der Entfieberung dargereicht, den folgenden Anfall entweder verhindert oder in seiner Intensität abschwächt. Weiterhin stellte sich heraus, dass in den Fällen von Febris subcontinua die Einverleibung des Chinin zweckmäßig nur während der Remissionen geschieht, indem es so am besten gelingt, die Subcontinua alsbald in eine Intermittens mit stets schwächer werdenden Anfällen zu verwandeln, mitunter auch eine völlige und schnelle Heilung zu erzielen.

G. Sticker (Köln).

---

10. **Kobler.** Erfahrungen über den Werth des Codeins als Narkoticum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 12.)

Verf. hat an über 70 Pat. aus den verschiedenen Altersklassen Versuche mit dem Codein angestellt und glaubt demnach, dass dasselbe, ohne die fast absolute Zuverlässigkeit des Morphins zu erreichen, von großem Werth für die Bekämpfung des Hustenreizes ist und häufig mit Vortheil das Morphin ersetzen kann. Unangenehme Nebenwirkungen wurden fast nie bemerkt. Der Appetit blieb fast stets gut; geringe Übelkeit kam vor, Erbrechen fast niemals. Das Codein konnte auch in jenen Fällen verwendet werden, wo gegen Morphin eine mehr oder weniger ausgesprochene Idiosynkrasie bestand. Auf die Darmthätigkeit bleibt das Codein ohne Einfluss.

Eine Hauptindikation für das Codein besteht ferner darin, als Ersatzmittel des Morphiums eine Angewöhnung an dieses hintanzuhalten resp. eine bereits eingetretene zu beseitigen.

Ferner ist bemerkenswerth, dass bei Gebrauch des Codeins abgesehen von der Beschränkung des Hustenreizes die Expektoration leichter von statten geht, eine Wirkung, die sich besonders bei akuten und chronischen Bronchialkatarrhen geltend macht. Weniger ausgesprochen ist diese Wirkung bei Laryngitis chronica und noch weniger bei Tuberkulose des Larynx. Hier lässt sich das Morphin auch desshalb selten durch Codein ersetzen, weil letzteres nur in geringem Grade schmerzstillende Wirkung besitzt und gerade häufig die Schmerzen und die durch sie hervorgerufenen Schlingbeschwerden die Anwendung eines Narkoticums erheischen.

Die Dosirung bewegte sich zwischen 0,03—0,04 pro dosi, zwischen 0,1—0,12 pro die. Geht man unter diese anscheinend großen Dosen hinab, so tritt kaum je eine Wirkung ein. Niemals hatte K. Gelegenheit, bei längerer Anwendung dieser Dosen irgend eine auf Intoxikation hindeutende Erscheinung zu beobachten.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

11. **G. Cohen** (Hamburg). Ein Fall von Hämophilie.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.)

Die Mittheilung bezieht sich auf ein weibliches Individuum, dessen Vater wiederholt an starkem Nasenbluten gelitten und dessen Großkousin deutlichen Morbus maculosus mit Blutergüssen in die Gelenke und Nierenhämorrhagien gehabt hatte. Sonstige in das Gebiet der Hämophilie gehörende Zustände sind in der Familie unbekannt, dagegen ist eine weit ausgesprochene, hereditäre Belastung in nervöser Beziehung zu betonen: der Vater litt an ausgesprochener Platzfurcht, zwei seiner Schwestern waren leidend theils an hysterischen Krämpfen, theils sehr nervös; eine Schwester der Pat. leidet ebenfalls an Furcht, ohne Begleitung auf die Straße zu gehen; die Kranke selbst fühlt sich nur wohl, wenn wenigstens zwei ihrer Geschwister im Hause sind, sonst bekommt sie unbestimmte Angstgefühle etc. Die erste starke Blutung zeigte sich, als die Pat. 12 Jahre alt war, beim Zahnausziehen, wenige Monate später trat die erste Menstruation auf, fast 25 Jahre lang litt die Pat. an Hämophilie, fast kein Glied, keine Körperhöhle wurde von dem Bluten verschont; ja es kam vor, dass die Pat. in 24 Stunden 1 Pfund Blut verlor, dass fast 3 Monate lang alltäglich die Uterinblutungen die Tamponade erheischten, dass einmal die Menstruation 3 Monate lang dauerte ohne Unterbrechung; bei den höchsten Graden der Anämie war der Puls gespannt. Die Galvanisation des Sympathicus schaffte eine vorübergehende Beseitigung des Blutens, eben so wirkte überraschend günstig ein das galvanische Bad, so dass gleich nach dem ersten Bade zum ersten Mal seit 100 Tagen keine Blutung erfolgte. Die Bäder mussten aber ausgesetzt werden, weil ihre Wirksamkeit nachließ und sie Schwindel und Ohnmachtsgefühl hervorriefen. Der Hypnotismus wirkte anhaltend ungemein günstig ein und er allein hat von einem wirklichen Erfolge zu sprechen. C. zieht aus der Krankengeschichte, welche äußerst interessant und wohl einzig dasteht, Folgerungen, welche die neuropathische Diathese als Grundlage der Hämophilie näherrücken; außerdem findet sich Vieles, was für das Kapitel der hydrämischen Plethora von Werth ist.

Prior (Köln).

12. **Renvers.** Beitrag zur Lehre von der sogenannten »Scarlatina puerperalis«.

(Zeitschrift für klin. Med. Bd. XVII. Suppl.-Hft.)

R. theilt drei sehr interessante Fälle mit von scharlachähnlichem Exanthem im Wochenbett, die jedoch mit Scharlach selbst nichts zu thun hatten und nur der Ausdruck einer septischen Erkrankung waren. Im 1. Falle trat das Exanthem erst am 8. Tage nach der Geburt auf. Schon intra vitam wurden bei der Pat. pyämische Metastasen in beiden Kniegelenken konstatirt, die durch Streptokokkeneinwanderung hervorgerufen waren. Bei dem akuten Verlauf der Erkrankung ließ sich schon von vorn herein eine sekundäre Pyämie nach Scarlatina verneinen. Im 2. Falle erkrankte die Pat. am 4. Wochenbettstage mit Fieber und Unterleibsschmerzen, die auf eine durch die Punktion nachgewiesene eitrige Parametritis zurückgeführt werden konnten. Im 3. Falle entwickelte sich nach schwerer künstlicher Entbindung eine Endometritis mit Retention des zersetzten Lochialsekretes im Uterus, nach dessen Entleerung Fieber und Exanthem verschwanden, um vorübergehend im Verlaufe der Krankheit nochmals nach derselben Veranlassung zurückzukehren. Verf. reiht das Exanthem in den 3 mitgetheilten Fällen in die Klasse der nach Intoxikationen auftretenden Exantheme ein.

Peiper (Greifswald).

13. **Bouveret.** Oedème pulmonaire brightique suraigu avec expectoration albumineuse.

(Revue de méd. 1890. No. 3.)

Das Lungenödem spielt unter den Komplikationen des Morbus Brightii eine wichtige Rolle. Eine besondere Form desselben scheint bisher nicht genügend

gewürdigt worden zu sein. Dieselbe ist charakterisirt durch plötzlichen Beginn, außerordentlich heftige Dyspnoe und sehr reichliche Expektoration eiweißhaltiger Massen. Dieses Ödem tritt in Anfällen auf, die einige Minuten bis zu mehreren Tagen andauern und welche entweder mit dem Tode oder mit dem völligen Verschwinden aller Erscheinungen endigen. Das Auftreten eines Ödemes solcher Art ist durchaus nicht häufig; B. verfügt über 3 diesbezügliche Beobachtungen. In der Litteratur hat er nur in Fräntzel's Herzkrankheiten die Affektion erwähnt gefunden.

B. schildert sodann in ausführlicher Weise zwei von ihm behandelte Fälle. Im 1. Falle handelt es sich um einen 62jährigen Mann, der schon lange an interstitieller Nephritis leidet. Seit 10 Monaten waren Herzpalpitationen und Beengungen hinzugekommen, die mäßiger Art waren, bis plötzlich ein Anfall von äußerst heftiger Dyspnoe eintrat, verbunden mit reichlicher Expektoration einer serösen, schleimigen, stark eiweißhaltigen Flüssigkeit. Am 4. Tage tritt der Exitus ein; die Autopsie ergiebt außer Granularatrophie der Niere und Herzhypertrophie kolossales Ödem beider Lungen; die Bronchien sind noch vollständig gefüllt mit der serösen während des Lebens expektorirten Flüssigkeit.

Im 2. Falle handelt es sich um einen 45jährigen Mann, der erst seit kurzer Zeit an chronischer Nephritis leidet. Dieser Kranke hatte 3 Anfälle, die alle mit Heilung endeten. Nach dem 3., heftigsten Anfalle waren die Erscheinungen so vollständig und schnell verschwunden, dass der Kranke am folgenden Tage aufstehen und seine Beschäftigung theilweise wieder aufnehmen konnte. Dabei hatte der Kranke in 4 Stunden fast 2 Liter Flüssigkeit expektorirt.

Dieses Ödem ist von dem gewöhnlichen Lungenödem der Brightiker wohl zu unterscheiden. Es ist eine ganz akute im Beginn der chronischen interstitiellen Nephritis oder in späteren Stadien derselben auftretende Erscheinung. Anfang und Ende des Ödems sind außerordentlich plötzlich, die Dyspnoe sehr intensiv, die Expektoration äußerst abundant. Diese Flüssigkeit ist nichts Anderes als das Blutserum, das aus den Lungengefäßen transsudirt und die Alveolen anfüllt. Der Urin ist gewöhnlich dann spärlich und hochgestellt. Ein Grund für das Auftreten der Anfälle ist nicht zu finden; bei dem zweiten Kranken trat ein Anfall nach einem Fußmarsch von 3 km, die anderen beiden in Momenten völliger Ruhe ein. Die Prognose dieser Anfälle ist immerhin ziemlich dubiös; Asphyxie und Herzschwäche können leicht gefährlich werden. Die Therapie muss versuchen, die Exsudation zu hemmen und muss die Expektoration erleichtern. Daneben müssen Excitantien in Anwendung gebracht werden. **M. Cohn** (Berlin).

14. **Garvens.** Die Behandlung des Hydrops der Herzkranken mit Kalomel.

(Therapeutische Monatshefte 1890. April.)

Die Ansichten über die Wirksamkeit und Brauchbarkeit des Kalomel als Diureticum lauten bekanntlich sehr widersprechend. G. gehört zu denen, welche von einer außerordentlich günstigen Wirkung desselben überzeugt sind. Er empfiehlt es aufs wärmste; an der Hand von 3 Krankengeschichten sucht er zu beweisen, dass es selbst in schweren Fällen, wo Digitalis, Strophanthus, Koffein etc. im Stiche lassen, noch wirksam ist. Trotz der beträchtlichen Tagesdosen (0,2 g 4—5mal täglich) hat G. keine schlimmen Fälle von Stomatitis beobachtet. Allerdings muss eine sorgfältige Mundpflege stets vorgenommen werden. Andere Folgen von Merkurialismus hat G. bei Kalomelgebrauch nicht wahrgenommen.

Rosin (Breslau).

15. **Neudörfer.** Zur Spirotherapie.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 17.)

Da es unthunlich ist, flüssige Medikamente in die Lungen zu schaffen, wandelt N. das Medikament durch Zerstäuben theilweise in eine trockene, leichte Wolke um, und lässt diese inhaliren. Viele nach seiner Methode verathmete Medikamente lassen sich in kurzer Zeit im Harn oder an ihren Wirkungen nachweisen; ferner ist die Aufnahme durch die Lungen eben so rasch, als wenn die Medika-

mente direkt in die Venen eingespritzt worden wären. Desshalb macht N. folgende 3 Vorschläge:

1) Mit Hilfe der Spirotherapie ist es leicht, Lunge und Blut allmählich zu desinficiren, die Alkalescenz des Blutes zu steigern oder zu vermindern. Als Desinfektionsmittel wurden angewendet: »Sublimat mit Acid. tartar. ana, so wie das Creolin viennense 1 : 3000«, Phenol, Kreosot (1 : 1000). Bei Katarrhen, ferner bei nicht sehr vorgeschrittener Lungentuberkulose sah N. eine »subjektive und objektive Besserung des Zustandes«. Die Verathmung von 5—10%igem kohlensauren Kali hat sich bei Krebskranken nicht bewährt.

2) N. hat mittels seines Apparates Milch verathmet. Er wirft desshalb die Frage auf, ob es nicht möglich sei, auf diese Weise eine künstliche Ernährung durchzuführen.

3) Die Gefahr der Bluttransfusion besteht darin, dass Gefäße eröffnet werden und ihre Innenwände mit Fremdkörpern in Kontakt kommen. N. möchte desshalb in geeigneten Fällen frisches, mit kohlensauren Alkalien versetztes Blut verathmen lassen.

A. Kronfeld (Wien).

16. **Rheiner.** Die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der kleinen Kinder.

(Therapeutische Monatshefte 1890. April.)

Der Aufsatz enthält eine Warnung und Mahnung an die praktischen Ärzte, die Magen-Darmerkrankungen der Säuglinge nicht vorwiegend medikamentös zu behandeln. Die schablonenhafte Anwendung der üblichen oft überhaupt noch nicht als wirksam erprobten Mittel schade viel mehr als sie nütze und sei oft die Veranlassung des Todes; sie diene nur dazu, das ärztliche Gewissen zu beruhigen, welches glaubt, mit »Erbrechen, dickweiße Zunge, ergo Natr. bicarb.; Diarrhoe, ergo Bismuthum oder Opium« seine Schuldigkeit gethan zu haben. R. verlangt eine in Bezug auf die Arzneien individualisirende, überhaupt aber in erster Reihe eine diätetische Behandlung. Außer diesen ganz allgemeinen Vorschlägen führt Verf. aber auch zwei specielle diätetische Behandlungsmethoden an, die sich ihm in der Praxis bewährt haben: die Magenausspülung bei unstillbarem Erbrechen der Säuglinge mit nachfolgender Ernährung mit Eiweißwasser oder Theeinfus und die Anwendung einer Mischung von Milch und Gerstenschleim bei schweren Diarrhoen. R. glaubt (im Gegensatz zu anderen Autoren, Ref.), dass der Gerstenschleim einen wohlthätigen und stillenden Einfluss auf die Diarrhoe der Kinder besitze. Letzteres wird an der Hand von 3 Krankengeschichten demonstrirt.

Rosin (Breslau).

17. **Demme.** Natrium paracresotinicum.

(Therapeutische Monatshefte 1890. April.)

Die Kresotinsäuren sind Homologe der Salicylsäure, welche an Stelle eines Wasserstoffes im Kerne eine Methylgruppe haben; während also die Salicylsäure die Formel $C_6H_4OHCOOH$ besitzt, so haben die Kresotinsäuren die Formel $C_6H_3CH_3OHCOOH$. Es giebt eine Ortho-, Meta- und Parakresotinsäure (analog den Kresolen). Die Parakresotinsäure als Natriumsalz wird von D. vorwiegend in der Kinderpraxis therapeutisch empfohlen. In erster Reihe soll es beim akuten Gelenkrheumatismus angewendet werden. Wird es hier auch vom Natr. salicylicum hinsichtlich der antipyretischen Wirkung und des Ausbleibens von Recidiven übertroffen, so sind dafür die Nebenwirkungen geringer, besonders von Seiten des Magens. Bei der katarrhalisch lobulären Pneumonie schien bei 2 bis 4 Jahre alten Kindern durch 0,1 g, 2stündlich während mehrerer Tage verabfolgt, eine Abkürzung und günstige Wendung herbeigeführt worden zu sein. Ein günstiger Einfluss zeigte sich ferner beim Abdominaltyphus auf die Zahl der Entleerungen, dessgleichen bei dem akuten Gastrointestinalkatarrh der Kinder, ähnlich dem Resorcin.

Für die Dosirung bei Kindern giebt D. folgende Tabelle:

Alter	Größte Einzelgabe	Größte Tagesdosis
2 bis inkl. 4 Jahre	0,1 — 0,25 g,	0,5—1,0 g
5 » » 10 »	0,25—1,0 »	2,5—3,5 »
11 » » 16 »	1,0 — 1,5 »	3,5—4,5 »

Man beginne aber nicht mit diesen Maximaldosen, um sich erst zu überzeugen, ob das Mittel gut vertragen wird. **Rosin** (Breslau).

18. **Seidler.** Über die Wirkung des Methacetin.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 15.)

S. hat auf der Mosler'schen Klinik das Methacetin, seiner chemischen Verbindung nach Paraoxymethylacetanilid, auf seine therapeutische Verwendbarkeit geprüft. Dasselbe erwies sich in 28 Fällen von Typhus abdominalis, Pneumonie, Tuberkulose als Antipyreticum von ziemlich sicherer Wirkung. Abgesehen von starker Schweißbildung erwies sich das Mittel frei von unangenehmen, schädlichen Nebenwirkungen; daher ist dasselbe bei Tuberkulose nicht gerade empfehlenswerth. Die Wirkung erfolgte in der Regel nach einer Dosis von 0,3—0,5 g; der Abfall welcher durchschnittlich 2—3° betrug, erfolgte ganz allmählich in ca. 3 Stunden. Das Minimum hielt durchschnittlich 1 Stunde an, worauf der Anstieg relativ schneller als der Abstieg erfolgte und zwar ziemlich häufig unter Schüttelfrost. Eine besondere Beachtung verdient nach Verf. die sehr günstige Wirkung des Mittels beim akuten Gelenkrheumatismus. Als Antineuralgicum war das Methacetin nicht ganz unwirksam, jedoch stand es anderen ähnlichen Mitteln nach.

Peiper (Greifswald).

19. **Rose** (New York). Behandlung des Extremitäten- und Rumpferysipels mittels permanenten warmen Wasserbades.

(Med. Monatsschrift New York 1890. No. 1.)

R. berichtet über die günstigen Erfahrungen, die er mit der Anwendung permanenter warmer Wasserbäder zur Behandlung des Erysipels erzielt hat und führt zur Illustration 2 Fälle an. In dem einen Falle handelte es sich um Erysipel des Armes, in dem anderen um Erysipel der einen Unterextremität. Schon nach 24 Stunden ließen Fieber und Schmerzen nach, Pat. waren nach wenigen Tagen geheilt.

Seifert (Würzburg).

20. **Remak.** Basale Hemianopsie.

(Krankenvorstellung in der Gesellschaft für Psychiatrie etc. am 13. Januar 1890.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 5.)

Ein jetzt 13jähriger Knabe erkrankte im 6. Jahre an Scarlatina, wonach das rechte Auge kleiner und schwächer geblieben sein soll. Seit ca. 3 Jahren beginnende Amblyopie, seit einem Jahre Nachschleppen des linken Beines. Die gegenwärtige Untersuchung ergiebt 1) eine rechtsseitige Ptosis und Parese des Rectus superior; 2) eine linkseitige Hemianopsie mit habitueller Linksdrehung des Kopfes ohne hemianopische Pupillenreaktion bei ophthalmoskopischer partieller Opticusatrophie; 3) eine leichte spastische Parese der linken Unterextremität. Es ist anzunehmen, dass eine ursprünglich basale intracerebrale Erkrankung des rechten Oculomotorius später auf den rechten Hirnschenkel übergegriffen und die motorischen Bahnen der Unterextremität in Mitleidenschaft gezogen hat. Allerdings scheint auch ein zufälliges Zusammentreffen zweier verschiedener, zeitlich auf einander folgender Herdlokalisationen möglich; doch spricht dagegen die Koincidenz mit linker Hemianopsie, welche ihrerseits alle Charaktere einer Läsion des Tractus opticus darbietet und somit auf eine weitere Ausdehnung des ursprünglichen Processes in der rechten Hirnschenkeltractusregion hinweist.

Eulenburg (Berlin).

21. **Sperling.** Isolirte Lähmung des Nervus suprascapularis sinister. (Aus der Poliklinik von Eulenburg und Mendel.)

(Vortrag in der Gesellschaft für Psychiatrie am 10. December 1888.)

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 10.)

Eine 50jährige Frau bekam im April 1888 plötzlich heftigen Schmerz in der linken Schulter, der sich in der folgenden Nacht im Oberarm bis zum Ellbogen verbreitete; am Morgen vermochte sie den linken Arm nicht zu heben. Nach 3 Wochen war die Bewegungsfähigkeit zwar gebessert, jedoch geschah die Hebung nicht senkrecht zum Rumpf, vielmehr musste der Oberarm, unter einer Drehung nach außen, zuvor rückwärts gehoben werden; aus dieser Stellung war dann erst eine vollkommene Hebung unter allmählichem Übergang in die Horizontale möglich. Dabei konnte die linke Hand einigermaßen gut auf den Rücken, aber nicht auf die rechte Schulter gelegt werden; sie kann kaum bis zur rechten Brust gehoben werden; Drehbewegungen des Armes waren möglich, besonders nach außen. Bei der poliklinischen Untersuchung Mai 1888 zeigte sich die Hebung des linken Armes nach vorn und vorn seitlich erschwert und nur unter großer Anstrengung möglich. Nach 5monatlicher galvanischer Behandlung wurde erhebliche Besserung erzielt, doch geht immer noch das Heben der linken Hand auf die rechte Schulter schwer von statten, während alle übrigen Bewegungen normal sind; auch sieht man noch an der Stelle des M. infraspinatus eine erhebliche Abflachung, während M. supraspinatus dem der rechten Seite vollkommen gleich erscheint. Der untere Schulterblattwinkel ist der Mittellinie etwas genähert; die elektrische Untersuchung ergab zu wiederholten Malen partielle Entartungsreaktion für den Infraspinatus. Es ist demnach unzweifelhaft, dass man es mit einer isolirten Lähmung der vom N. suprascapularis sin. versorgten Muskeln, Supra- und Infraspinatus, zu thun hatte. Die Ätiologie ist dunkel; wahrscheinlich war ursprünglich eine durch Neuritis des ganzen Plexus brachialis veranlasste Lähmung vorhanden, die sich — aus unbekannten Gründen — schließlich in einem Zweig, dem N. suprascapularis, mit besonderer Hartnäckigkeit festsetzte. **Eulenburg** (Berlin).

22. **H. Köbner.** Über eine durch den galvanischen Strom hervorgerufene trophische Hautreizung.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 11.)

Ein ca. 50jähriges Fräulein wurde wegen nervöser Kopfbeschwerden am Halse galvanisirt; Anode an der Stirn, Kathode (45 qcm) im Nacken, diesen bis zum 7. Halswirbel bedeckend; Stromstärke gering (langsam bis zu 4 Meidinger Elementen gestiegen — gerade genügend, um leichte Wärmeempfindung an der Stirn hervorzurufen). Nach den 3—4 Minuten langen Sitzungen zeigte sich an der Elektrode keine Röthung oder sonstige Hautreizung. Dagegen wurde schon nach der ersten Sitzung ein stechender Schmerz an zwei Punkten der linken Halsseite bemerkt; am nächsten Tage erschienen daselbst zwei linsengroße, grauweiße Schorfe, die sich aus Bläschen, welche beim Nachhausekommen bemerkt wurden, entwickelt haben sollten. In den nächsten Tagen dieselben Erscheinungen. An den als schmerzhaft bezeichneten Stellen war jedes Mal das Auftreten eines Bläschens zu konstatiren, aus welchem sich bis zum nächsten Tage ein kleiner Schorf entwickelte. Die Behandlung wurde desshalb nach der vierten Sitzung ausgesetzt; die bis dahin entstandenen Bläschen und Schorfe zeigten eine eigenthümliche Anordnung. Sie saßen nämlich auf der rechten Halsseite in einer nahe dem Kieferrande und diesem parallel bis zum Kinn hin verlaufenden Linie, links bildeten sie in der Mitte der unteren Halsgegend eine kleine, der Konfiguration von Herpesbläschen ähnelnde Anhäufung. »Diese Anordnung entspricht der Ausbreitung des Nerv. subcutaneus colli infer., welcher, in zwei Äste zerfallend, die Haut der oberen Hälfte des Halses bis zum Kinn und seine untere Hälfte versorgt.« Die Schorfe hinterließen kleine weiße pigmentlose, noch jetzt sichtbare Flecken. Nach dem Verf. »kann es nicht zweifelhaft sein, dass es sich im vorliegenden Falle um eine durch den galvanischen Strom in der Endausbreitung eines

Nerven hervorgerufene Reizerscheinung handelt, welche sich gemäß den dabei entstandenen Efflorescenzen als eine trophische charakterisirt«. Wahrscheinlich wurde der beiderseits in gleicher Höhe zur Haut tretende Nerv. subcutaneus colli inferior von dem Strome erreicht und afficirt. Bei der einige Wochen später wieder aufgenommenen Behandlung blieb das Phänomen aus.

Eulenburg (Berlin).

23. **Lohmann.** Über Onanismus beim Weibe als eine besondere Form von verkehrter Richtung des Geschlechtstriebes.

(Therapeutische Monatshefte 1890. April.)

Im Anschluss an die von Laker und Torggler jüngst veröffentlichten Arbeiten über »Perversion des weiblichen Geschlechtstriebes« giebt Verf. eine Anzahl Krankengeschichten, welche das nicht seltene Vorkommen dieser Erkrankungsform beweisen und sich in ihren Merkmalen mit den von Laker aufgestellten decken. Dieselben sind folgende:

1) Normal entwickelter, häufig gesteigerter Geschlechtstrieb.

2) Normale Zuneigung zum anderen und Fehlen jeder pathologischen Zuneigung zum eigenen Geschlecht.

3) Gänzliche und von jeher fehlende geschlechtliche Befriedigung beim normalen Geschlechtsakte.

4) Völlige Befriedigung des Geschlechtstriebes durch einfache und wechselseitige Onanie.

5) Bewusstsein des krankhaften Zustandes und Wunsch nach Änderung.

6) Mangel von physischen Entartungszuständen.

Der Verf. glaubt nicht, wie Laker, dass die Erkrankung eine angeborene, auf einer Anomalie der Sexualnerven beruhende sei, sondern dass es sich um durch sexuellen Missbrauch erworbene pathologische Veränderungen handelt, indem fast alle veröffentlichten Fälle durch von früher Jugend an ausgeübte Onanie entstanden, späterhin am normalen Coitus keine Befriedigung mehr fanden. Eine Abhilfe der Erkrankung kann nach Verf. daher nur in einer guten Erziehung gefunden werden.

Rosin (Breslau).

24. **A. Plumert.** Zur Kasuistik des Kapitels: Syphilis und Reizung.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Die von dem Verf. mit einem kasuistischen Beitrage belegte Thatsache, dass auch der durch beliebige nicht specifische Hautkrankheiten auf die Cutis ausgeübte Reiz zur Entstehung von syphilitischen Komplikationen Anlass giebt, welche sich in ihrem Verlaufe genau an die durch die vorhergehenden Hautkrankheiten hyperämisirten Partien halten, ist noch im Ganzen wenig studirt worden. Bei einem im kondylomatösen Stadium der Lues befindlichen Pat. entwickelte sich innerhalb einer ekzematös erkrankten Partie ein weiteres Exanthem, dessen einzelne Efflorescenzen sich durch Farbe, Form und weiteres Verhalten bis zur vollkommenen Involution als specifische Papeln manifestirten. Diese Papeln etablirten sich nur da, wo durch das Ekzem ein hyperämischer Reizungszustand bestand.

Joseph (Berlin).

25. **Le Dentu.** Tumeur syphilitique des muscles de la partie supérieure et externe du mollet.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 11.)

Ein 40jähriger Arzt inficirte sich unwissentlich bei der Untersuchung einer Frau; einige Stunden nach der Untersuchung entstand Lymphangitis und schmerzhafte Lymphadenitis axillaris, die incidirt wurde, jedoch keine Neigung zur Heilung darbot. Multiple Incisionen und Drainage. Hierauf ausgesprochene Paralyse des rechten, dann des linken Oberarms. Vollkommene Heilung erst mehrere Monate später. 2 Jahre später Strabismus internus links. Diese Lähmung wurde für syphilitisch gehalten; da der Pat. aus seiner Anamnese sich nicht erinnerte, Syphilis gehabt zu haben, unterblieb die angerathene Jodkaliumkur. Um dieselbe

Zeit bemerkte Pat. am Kopf des rechten Peroneus einen kleinen Tumor, genau an einer Stelle, wo er im Kriege durch eine Kugel kontundirt war; der Tumor war schmerzlos, unbeweglich, von Nussgröße und Eiform. Hierauf Ödem des Beines mit leichter Entzündung, fieberlos. Schließlich waren 2 Tumoren über einander zu fühlen. Von 2 konsultirten Professoren hielt der eine den Tumor für ein Sarkom, der andere für ein Fibrom. Ersterer schlug Amputation vor. Verf. zweifelte an der Diagnose und auf den Rath von Fournier wurde zunächst eine antisyphilitische Behandlung vor einer eventuellen Operation eingeschlagen, um zu sehen, ob der Muskeltumor nicht syphilitischer Natur sei. Nach 2 Monaten war die Neubildung verschwunden; der Strabismus bestand. Seit 4 Jahren ist kein Recidiv eingetreten. **G. Meyer** (Berlin).

26. **L. Weiss** (New York). Sialorrhoe in Folge einer fast ganz vikariirenden Ausscheidung des Quecksilbers durch die Speicheldrüsen.

(Med. Monatsschrift New York 1890. April.)

Während in der Regel nur wenig Quecksilber durch den Speichel zur Ausscheidung gelangt und einige Autoren dieselbe selbst ganz leugnen, berichtet W. über einen Fall von hochgradigem, bei intakter Mundschleimhaut monatelang bestehendem Speichelfluss (täglich ca. 1000 g) nach einer mäßigen Inunktionskur (30 Tage à 2,0), bei welchem sich $3^1/_2$ Monate nach Beendigung der Inunktionskur in dem Speichel und besonders in dem Sedimente desselben mittels der Nega-Wolf-Schridde'schen Methode sehr reichlich Quecksilber nachweisen ließ, während der eiweißfreie, aber spärliche Harn (ca. 1300 ccm pro die) und eben so die Exkremente nur sehr wenig Quecksilber ergaben. W. nimmt in diesem Falle eine vikariirende Thätigkeit der Speicheldrüsen an, doch gelang es ihm nicht, den Grund der mangelhaften Ausscheidung des Quecksilbers durch Niere und Darm festzustellen. **A. Freudenberg** (Berlin).

27. **Malécot.** Traitement abortif de la blennorrhagie.

(Journ. des malad. cut. et syph. 1890. No. 6.)

28. **Picard.** Les injections dites abortives au nitrate d'argent sont-elles efficaces contre la blenorrhagie? sont-elles inoffensives?

(Ibid.)

Die von M. angewandte Abortivbehandlung der Gonorrhoe besteht in Folgendem: Nach Auswaschen des vorderen Urethralkanals mit einer schwachen Borsäurelösung wird vermittels einer Guyon'schen Olive eine Pravaz'sche Spritze voll einer Sol. Arg. nitr. 1 : 50 injicirt und 2—3 Minuten lang belassen. An den folgenden Tagen wird die Lösung in einer Stärke von 1 : 100 oder 1 : 50 angewandt und in den Zwischenzeiten die gewöhnlichen Injektionen mit den bekannten Medikamenten (Resorcin, Kalium hypermang. etc.) ausgeführt. Die Resultate werden wahrscheinlich nicht bessere sein, als bei jeder anderen Behandlung der Gonorrhoe; denn Verf. macht selbst darauf aufmerksam, dass es eine Reihe von Fällen giebt, welche auch dieser Therapie Widerstand leisten. —

P. bejaht beide obigen Fragen und wendet sogar eine Lösung von Arg. nitr. 1 : 30 — 1 : 25 an. Er hält die Methode nicht für angezeigt, sobald die Entzündung bereits in starkem Maße vorhanden ist. **Joseph** (Berlin).

29. **E. Kromayer.** Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Über die genannte Fasergattung ist in d. Centralbl. bereits referirt worden. Der Verf. konnte die objektiven Befunde Herxheimer's im Ganzen voll bestätigen und hält diese Fasern für einen normalen Bestandtheil der menschlichen Epidermis. Durch Anwendung einer geringfügigen Abweichung von der Weigert'schen Fibrinmethode kam er aber zu einer bestimmten Anschauung von der Natur dieser Fasern. Er fand nämlich in dem Protoplasma der basalen Cylinderzellen geschlängelte parallel laufende Fasern, woraus also erhellt, dass diese Zellen

selbst eine deutlich fibrilläre Struktur aufweisen. Er nennt sie »geschlängelte Basalfasern« und glaubt den Beweis geliefert zu haben, dass dieselben im Protoplasma der Zellen liegen, also Protoplasmafasern sind. **Joseph** (Berlin).

30. **Deligny.** Quelques cas de prurit simple.

(Union méd. 1890. No. 39.)

D. bespricht den günstigen Einfluss, welchen der Gebrauch der Quellen von Saint-Gervais beim Pruritus hat. Bei einer 43jährigen Dame, welche an asthmatischen Anfällen litt, stellte sich allabendlich Jucken ein, das an den Beinen begann, auf die Arme, den Rumpf überging und $^1/_2$—2 Stunden andauerte. Auch das Jucken trat anfallsweise Abends, später auch Morgens und am Tage auf. Eine andere 41jährige Frau hatte fortwährendes Jucken. Letzte Pat. ist durch den Gebrauch der Quellen vollkommen geheilt, die erste Kranke wird es voraussichtlich in kurzer Zeit. Eine Dame mit rheumatischen Affektionen bekam durch großen Ärger jedes Mal so starkes Jucken, dass sie sich mit einer Bürste kratzte. Auch sie wurde geheilt. Ferner noch ein Fall von Jucken der Lippen bei einem 15jährigen Mädchen, das außerdem an dysmenorrhoischen Beschwerden litt. Linderung wurde erzielt bei mehreren Kranken mit Pruritus genitalis, besonders der Vulva, so wie bei einigen Fällen von Pruritus hiemalis. Außerdem ist stets beim Pruritus die gesammte Konstitution des Kranken zu berücksichtigen, da derselbe auch durch verschiedene Störungen, der Verdauung, Menstruation etc., bedingt sein kann und nach Hebung dieser ebenfalls verschwindet.

G. Meyer (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

31. v. Ziemßen's Pharmacopoea clinica. Eine Anleitung zur Ordination der wichtigsten Arzneimittel nebst Anhang. In neuer Zusammenstellung von Dr. Hermann Rieder. Fünfte, nach dem Arzneibuch für das deutsche Reich, Ausgabe III, umgearbeitete Auflage.

Erlangen, **E. Besold,** 1890.

Das kleine Werk giebt unter Berücksichtigung der neuen Pharmacopoe als Hauptinhalt eine Übersicht über die officinellen und wichtigeren nicht officinellen Arzneimittel, ihre Bereitung, Eigenschaften und Indikationen, alphabetisch geordnet, unter Beigabe von Receptformeln und Bemerkung des Preises der einzelnen Mittel und Recepte. Daneben finden sich in besonderen Abschnitten eine kurze Arzneiverordnungslehre, Vorschriften zum Billigordiniren und zur Pharmacopoea elegans, Tabellen der Maximaldosen (für Erwachsene und Kinder), Übersicht und Dosirung der Mittel zur subkutanen Injektion, zur Inhalation und zum Einpinseln bei Nasen- und Halskrankheiten, eine Löslichkeitstabelle, eine kurze Toxikologie, ein Abschnitt über Scheintod und Wiederbelebung, eine Besprechung der Mittel zur künstlichen Ernährung, der diätetischen Kuren, der physikalischen Heilmethoden, der medicinischen Bäder, endlich eine Übersicht über Bäder, Kurorte und Heilanstalten. Das Ganze in sehr praktischer und übersichtlicher Anordnung auf 212 Seiten in Taschenformat. Die einzelnen Angaben sind kurz und präcis. Widerspruch dürfte nur in der Tabelle der aus der Kinderpraxis ganz auszuschließenden Mittel Manches finden, so namentlich die vollständige Ausschließung von Codeïn (während für Morphium Maximaldosen für die einzelnen Jahre angegeben) und Kreosot. **A. Freudenberg** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 45. **Sonnabend, den 8. November.** **1890.**

Inhalt: **Waetzoldt**, Pseudoleukämie oder chronische Miliartuberkulose? (Original-Mittheilung.)

1. **Hansemann**, Asymmetrische Zelltheilung in Epithelkrebsen. — 2. **Zehnder**, Krebsentwicklung in Lymphdrüsen. — 3. **Verneuil**, Mikroben in malignen Tumoren. — 4. **Bossano**, Tetanusbacillen im Boden. — 5. **Kitasato**, Reinkultivirung des Tetanusbacillus. — 6. **Kitasato** und **Weil**, Anaëroben. — 7. **Nissen**, Desinficirende Eigenschaften des Chlorkalks. — 8. **Sonntag**, Ozon als Desinficiens. — 9. **Peiper**, Vaccinefieber. — 10. **v. Ziemssen**, Pulsus differens. — 11. **Sacharjin**, Lues des Herzens. — 12. **M. Grossmann**, Trachealstenosen. — 13. **Pel**, Behandlung der Pleuraempyeme. — 14. **Fr. Hahn**, Tuberkulose der Nasenschleimhaut. — 15. **Hajek**, Perforirendes Geschwür der Nasenscheidewand. — 16. **K. Koch**, Syphilitische Finger- und Zehenentzündung. — 17. **Seibert**, 18. **Schmidt-Mülheim**, Künstliche Säuglingsernährung.

19. **Fuchs**, Lungencarcinom. — 20. **Cones**, Zerstörung der Gallenblase. — 21. **Bertrand**, Gallenfluss nach Incision von Leberabscessen. — 22. **Arndt**, Magenerweichung und Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. — 23. **Adenot**, Thrombose der A. mesenterica inf. und Gangrän des Colon. — 24. **Remak**, Kontraktur bei Tuberkulose. — 25. **Tölken**, Hysterische Kontrakturen. — 26. **Lemoine** und **Lemaire**, Paramyoclonus multiplex. — 27. **Variot**, Hemimelie. — 28. **Beneke**, Hirnhernien. — 29. **Schulz**, Kloakengasvergiftung.

Pseudoleukämie oder chronische Miliartuberkulose?

Von

Dr. **Waetzoldt** in Bad Liebenstein — San Remo.

Die Beziehungen der Pseudoleukämie zur Skrofulose resp. Tuberkulose gelten im Allgemeinen für sehr lose und oberflächliche. Man findet sogar in den meisten Lehrbüchern ganz besonders betont, dass die Krankheiten nichts Anderes mit einander gemein haben, als dass Lungentuberkulose eine nicht seltene terminale Komplikation der Hodgkin'schen Krankheit bildet. Nur in seltenen Fällen scheint das klinische Bild derartig gewesen zu sein, dass ein Zweifel entstehen konnte, in welche Rubrik der Krankheitsfall unterzubringen

sei. Einen solchen Fall berichtet Liebmann[1]. Das kurze Referat über denselben (dem Virchow-Hirsch'schen Jahresbericht 1882 entnommen) lautet:

»28jährige Frau, früher skrofulöse Drüsenschwellungen am Halse, bekommt allenthalben Drüsenschwellungen (cervikale, axillare, thorakale, abdominale), linksseitiges Pleuraexsudat, Kachexie und Erbrechen. Zuletzt Ödem, so wie Vereiterung axillarer und thoracischer Drüsen. Der Beobachter hält den Fall für ‚mit Lymphadenom komplicirte Skrofulose'.«

Ich selbst hatte Gelegenheit in Liebenstein einen Fall aus der Praxis des Herrn Dr. Crevet in Mühlhausen zu beobachten, welcher während eines Jahres durch die kolossalen strumösen Anschwellungen der Cervical- und Axillardrüsen ohne gleichzeitige Blutveränderung sich deutlich als Pseudoleukämie präsentirte, bis er im zweiten Jahre unter rapidem Zurückgehen der faustgroßen Tumoren als Phthise in ungefähr 4 Monaten letal endete.

Bedeutend übertroffen wird aber diese Beobachtung an Interesse durch die Krankengeschichte einer Pat., welche ich im letzten Winter in San Remo zu behandeln Gelegenheit hatte und bei der nicht nur der ganze klinische Verlauf, sondern auch der makroskopische Leichenbefund, durchaus dem Bilde der Pseudoleukämie entsprach, während die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein großer Theil der als Lymphome imponirenden Veränderungen tuberkulöser Natur war. Leider hatte ich bei der Obduktion nicht von allen Organen Theile zur mikroskopischen Untersuchung zurückbehalten, so dass die Beobachtung nach dieser Richtung hin lückenhaft ist. Trotzdem halte ich den Befund in den untersuchten Theilen für interessant genug, um eine Veröffentlichung zu rechtfertigen.

Einen großen Theil der Krankengeschichte habe ich von Herrn Dr. Simmonds-Hamburg, welcher die Kranke vor mir behandelt und an mich gewiesen hatte, und dem ich für die Überlassung derselben hier nochmals meinen aufrichtigen Dank ausspreche.

Frau S., 30 Jahre alt, hat ihren Vater an einer Krankheit des Centralnervensystems verloren. Ein Bruder der Pat. ist Bluter und leidet an periodisch wiederkehrenden Gelenkschwellungen. Verheirathet war sie mit einem Manne, der an einer Herz- und Nierenkrankheit starb. Aus der Ehe stammt ein jetzt 9jähriger anscheinend gesunder Knabe. In den Kinderjahren hatte sie oft Drüsenschwellungen, in der Entwicklung Chlorose. Von ihrem 5. Jahre an bekam sie zeitweilig ödematöse Anschwellungen der Haut, so wie der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, die mit Störungen des Allgemeinbefindens verbunden waren. Diese Anfälle dauerten etwa 24—48 Stunden. Die Periode war immer regelmäßig, verschwand aber etwa $1^1/_2$ Jahr vor dem Tode.

Die Krankheit begann $3^1/_2$ Jahr vor dem Tode angeblich in Folge einer Erkältung mit Drüsenanschwellungen zu beiden Seiten des Halses. Die Anschwellung nahm schmerzlos so zu, dass nach einem Halbjahr eine Exstirpation derselben von einem Hamburger Arzt vorgenommen wurde. Indessen schon nach wenigen Wochen hatten sich an Ort und Stelle wieder Tumoren gebildet, die

[1] G. Liebmann, Hodgkin's disease or scrofula. Boston med. and surg. journ. 1882. June 15.

allen therapeutischen Maßregeln zum Trotz bestehen blieben. Gleichzeitig stellten sich alle die Störungen ein, welche das Bild der Pseudoleukämie zu charakterisiren pflegen, Durchfälle, lästiger Husten, quälendes Hautjucken, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Schwächegefühl.

Es wurden nun nach zweijähriger Gesammtdauer des Leidens die mächtigen cervicalen Drüsenpackete nochmals von Prof. Gussenbauer in Prag exstirpirt, wobei sich dieselben als rein hyperplastische Lymphome ohne Erweichungs- und Verkäsungsherde erwiesen. Auch nach dieser Operation trat eine Besserung im Allgemeinbefinden nur ganz vorübergehend ein, ja nach einem halben Jahre (November 1888) war Pat. bereits so schwach und hinfällig, dass sie dauernd das Bett hüten musste. »Sie war enorm abgemagert, die Haut trocken, welk, mit unzähligen durch den Pruritus bedingten Kratznarben und Kratzflecken bedekt. Die Nächte brachte sie schlaflos zu, und daran war trotz aller Schlafmittel nichts zu ändern. Im Gegentheil bewirkten alle Narkotica, in welchen Dosen sie auch gereicht wurden, nach kurzem Gebrauche nur Verschlimmerung des Zustandes. Der Husten war schlimmer wie je, obwohl sich niemals Veränderungen in den Lungen nachweisen ließen, bisweilen mit asthmaähnlichen Anfällen verbunden. Die Anfangs normalen Temperaturen fingen an unregelmäßige Steigerungen zu zeigen, die in der zweiten Hälfte des December und im Januar mit ausgesprochenen Schüttelfrösten einhergingen, für welche eine bestimmte Ursache nicht auffindbar war. Durchfall, Appetitlosigkeit, hochgradige Verstimmung, Ohnmachts- und Schwindelanfälle, endlich eigenartige Attacken, in denen sie für wenige Sekunden oder Minuten das Bewusstsein verlor, stöhnte und weinte, Attakken, welche an epileptoide Zustände erinnerten, quälten die Pat. sehr.«

Zugleich mit dieser Verschlimmerung traten Schwellungen der Axillardrüsen und Dämpfung über dem oberen Theil des Sternums ein. Auch die Milz schwoll in dieser Zeit stärker an und wurde palpabel. Gegen diesen ganzen Zustand erwies sich Chinin in Dosen zu 1,2 täglich in so fern nützlich, als die Schüttelfröste verschwanden, die Temperatur wieder zur Norm zurückkehrte und der regere Appetit eine stärkere Nahrungsaufnahme möglich machte. Auf die Drüsenschwellungen aber ließ sich ein günstiger Einfluss nicht konstatiren. Im April 1889 entwickelte sich ein rasch spontan wieder schwindender Erguss in die linke Pleurahöhle. Der Urin war stets klar, ohne Eiweiß. Die Blutuntersuchung ergab außer einer leichten Leukocytose nichts Abnormes.

Die Diagnose auf Pseudoleukämie wurde damals von Herrn Geheimrath Leyden bestätigt, auch die von den gemeinsam behandelnden Ärzten, Herrn Dr. Simmonds und Dr. Gustav Cohen angeordnete Behandlung gebilligt.

Im Sommer 1889 wurde der Versuch gemacht, durch eine Krankenheiler Badekur mit gleichzeitigem Gebrauch von Levicowasser günstig auf den Zustand einzuwirken. Die Veränderungen wurden im September desselben Jahres von Herrn Dr. M. Höfler, der sie in Tölz behandelte, folgendermaßen geschildert:

»Die neuen Erscheinungen während der Krankenheiler Kur waren Erweichung der Unterkieferdrüsenpackete, ab und zu Fiebersteigerungen mit Zunahme der Milzschwellung, die Dämpfung links hinten unten blieb bestehen. Die übrigen äußeren Drüsen verschlimmerten sich nicht, Blut und Urin blieben unverändert. Mediastinaldrüsenschwellungen sehr wahrscheinlich vermehrt.«

Auch in Arco, wo Frau S. während der Monate Oktober bis December sich aufhielt, trat, wie aus dem Berichte des sie dort behandelnden Herrn Dr. Schider hervorgeht, keine wesentliche Änderung ein. Eher war durch die sich wieder einstellenden Diarrhoen ein Fortschritt zum Schlechteren zu konstatiren, wenn auch das Fieber nie so bedeutend war, um einen therapeutischen Eingriff nöthig zu machen.

Als ich die Pat. in San Remo am 20. December zum ersten Male sah, war der Status praesens ungefähr folgender:

Leicht erhöhte Rückenlage, Kopf durch die riesigen Drüsenpackete zu beiden Seiten des Halses pyramiden- resp. birnähnlich konfigurirt. Gesichtszüge etwas gespannt, Gesichtsfarbe blass, Lippen blasslivide, Hände kühl, Haut derselben

auffallend trocken, schilfernd, Puls 116 klein, aber regelmäßig. Athmung etwas beschleunigt, Stimme kräftig, nicht heiser. Die Klagen der Pat. beziehen sich hauptsächlich auf große Mattigkeit, gesteigertes Durstgefühl, Gefühl von Spannung im Unterleib und Durchfall.

Die kaum druckempfindlichen Drüsenpackete am Halse bestehen aus genau abgegrenzten einzelnen Lymphdrüsen von Bohnen- bis Walnussgröße, die über der Unterlage und über denen die Haut verschieblich sind. Der Unterleib, ziemlich stark prominirend, ist weich anzufühlen, giebt keine Fluktuation. Beim genaueren Palpiren fühlt man etwa handbreit unter dem linken Rippenbogen hervorragend die Milz, ferner über der Wirbelsäule etwas mehr nach rechts gelagert eine höckerige, nur wenig verschiebliche Geschwulst. Die Perkussion ergiebt keine Dämpfung in den abhängigen Partien, die Milzgrenzen der Palpation entsprechend, Leberrand in den normalen Grenzen, die der Wirbelsäule aufliegende Geschwulst liegt hinter dem Darm.

Am Thorax ist außer einer Dämpfung auf dem Manubrium sterni perkussorisch nichts Abnormes zu konstatiren, speciell ist auf der unteren Hälfte des Sternums lauter Schall vorhanden, eben so wie überall über den Lungen. Keine Differenz in dem Hochstand der Spitzen, unterer Lungenrand hinten beiderseits gleich tief, gut beweglich. Die Herztöne rein, nicht besonders laut, das Athemgeräusch überall rein, auffallend scharf vesikulär und laut. Husten ganz gering, Sputum wird nur in ganz minimaler Menge (rein schleimig) geliefert.

Die Zunge war blass und wie der ganze Mund etwas trocken. Appetit sehr gering, dagegen Durst stark, Stuhlgang 3—4mal täglich, reichlich, fast schmerzlos, dünnbreiig, gut gallig gefärbt.

Am 20. December hatten wir das Glück, Herrn Geheimrath Kussmaul, der zufällig San Remo passirte, um seinen Rath bitten zu dürfen. Er stimmte der Diagnose Pseudoleukämie vollkommen bei und empfahl bis zur Stillung des Durchfalles Condurango, später noch einen Versuch mit Arsenik in steigenden Dosen in der Form der Granules aus Acidum arsenicosum.

Das Befinden hielt sich indessen nicht lange auf leidlicher Höhe. Am 6. Januar bildete sich unter äußerst heftigem Stechen eine ganz circumscripte Pleuritis sicca dextra aus, am 14. Januar konnte zum ersten Male im Urin Eiweiß nachgewiesen werden, worauf schon lange wegen zeitweiliger Ödeme der Füße und des Gesichtes Verdacht gewesen war. Gegen Ende Januar entwickelte sich ein Ascites, der, verbunden mit dem Meteorismus und den abnormen Geschwulstbildungen, die Pat. sehr quälte. Die Dyspnoe wurde recht bemerkbar, die Athemfrequenz zwischen 32 und 40, der Puls nie unter 110.

Am 15. Februar zog ich wegen der Möglichkeit eines operativen Eingriffes durch Punktion Herrn Prof. Weil zu, der nochmals außer der Bestätigung der Diagnose das vollständige Freisein der Lungen von nachweisbaren pneumonischen und katarrhalischen Veränderungen konstatirte und rieth, von der Punktion abzusehen und lieber einen Versuch mit Pilokarpin zu machen.

Indessen war es nicht mehr möglich, den ungünstigen Verlauf aufzuhalten. Der Tod selbst erfolgte am 22. Februar ziemlich plötzlich durch Synkope beim Heben vom Stechbecken.

Die am 23. vorgenommene Obduktion der Brust- und Bauchhöhle ergab Folgendes:

Chylöser Ascites mittleren Grades, variköse Erweiterungen aller Chylusgefäße der Darmwand und des Mesenteriums. Milz weit über handlang, sehr dick, derb anzufühlen, auf dem Durchschnitt fleckig braunroth und grau. Leber nicht wesentlich verändert. Makroskopisch keine Lymphombildung. Die mesenterialen und retroperitonealen Drüsen stark geschwollen, jedoch keine diffuse Geschwulstbildung, die einzelnen Drüsen bis zu Pflaumengröße. Nieren kaum vergrößert, blass, ergeben Amyloidreaktion in Rinde und Marksubstanz. Darm und Magen nicht eröffnet.

Beide Pleurahöhlen leer, die Pleuren glatt, glänzend, die Lungen groß, durchweg lufthaltig, zeigen sich auf dem Durchschnitt ganz gleichmäßig von der Spitze

bis zur Basis durchsetzt von stecknadelkopfgroßen, weißlichen, nicht deutlich prominirenden Herden. Nirgends alte Veränderungen schwieliger, käsiger oder ulceröser Natur. Die mediastinalen und bronchialen Lymphdrüsen enorm geschwollen, jedoch keine deutliche Kompression der Trachea oder der Bronchien. Herz rechts sehr stark mit Blut gefüllt, Wandungen graubraun, Muskulatur ziemlich derb.

Weder in den Lymphdrüsen der Brust-, noch der Unterleibshöhle eine Spur von Verkäsung, Verkalkung oder Schmelzung.

Es werden entnommen zur mikroskopischen Untersuchung ein Stück Lunge, ein Stück Niere, eine Mesenterial- und eine Bronchialdrüse. Leider konnten die Drüsen des Halses, um eine stärkere Verletzung der Leiche zu vermeiden, nicht entnommen werden. Von den übrigen Organen, speciell Leber und Milz, wurden keine Proben entnommen, weil sich der Verdacht in der That noch gar nicht so stark auf das Vorhandensein von Tuberkulose richtete.

Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen, welche genau nach den Vorschriften von Gaffky (Reichsmedicinalkalender) angestellt wurde, ergab nun, dass die Herde der Lunge, so wie die der Mesenterialdrüse reichlich Bacillen enthielten, während sich in einer großen Anzahl von Schnitten der Bronchialdrüse auch nicht ein bacillenhaltiger Herd auffinden ließ.

Des Genaueren war der Befund folgendermaßen:

Die Lungenherde bestanden aus einem anscheinend rein zelligen sich gut färbendem Centrum, in welchem elastisches Gewebe ohne Weiteres nicht erkennbar war. Dieses Centrum war umgeben von einem Hofe desquamativer Entzündung der Alveolen, der ringsum ungefähr 2—3 Reihen Alveolen umfasste. Das Centrum erwies sich als dicht mit Bacillen durchsetzt, in der pneumonischen Randzone habe ich solche nicht finden können.

Die Mesenterialdrüse zeigte die weiche, rein markige Form der bei Pseudoleukämie vorkommenden Lymphombildung. In diesem gleichmäßigen Felde, in welchem selbst die Randsinus dicht mit Rundzellen gefüllt erschienen, zeigten sich nun kleine hyaline Herde, welche im Gegensatz zu der blauen Gewebsfärbung einen schwach rosa Ton angenommen hatten. Bei stärkerer Vergrößerung zeigte sich noch viel deutlicher dieser Farbenunterschied. In dem schwach rosa Grunde konnte man dann einige hellblau gefärbte Kerne, so wie reichliche Bacillen entdecken. Die letzteren überschritten aber in ihrer Verbreitung den Rand der hyalinen Degeneration, sie lagen auch noch bei Leitz I, $^1/_{12}$ Ölimmersion etwa ein Gesichtsfeld weit in die blaugefärbte Substanz hinein. Die Grenze zwischen hyalin und zellig erschien allenthalben ziemlich scharf.

Die Bronchialdrüse gehörte der harten Form an. Große Züge faserigen Bindegewebes zogen von der Kapsel, unter welcher ziemlich reichlich braunes Pigment angehäuft lag, bis in die Medullarsubstanz, die Follikel der Rinde geradezu strangulirend. In diesem Organe jedoch wurden die hyalinen Flecken ganz vermisst und auch in dem blauen Grunde konnten rothe Stäbchen nirgends gefunden werden.

So viel über den Befund! Was die Deutung desselben anbetrifft, so wird sie durch seine Lückenhaftigkeit leider sehr er-

schwert, ja fast unmöglich gemacht. Die Hauptfrage, ob es sich in unserem Falle um eine unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende chronische Miliartuberkulose gehandelt hat oder ob die bacilläre Infektion als etwas ganz Accidentelles zu betrachten ist, ist schlechterdings mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Man kann hier nur die Chancen gegen einander abwägen und die plausiblere Ansicht durch Analogieschlüsse begründen.

Dass manche Fälle von Drüsentuberkulose eine Zeit lang, ohne zu Verkäsung oder Ulceration zu führen, bestehen können, scheint mir außer Zweifel zu sein. Die Auffassung, dass die durch den Bacillus oder sein Gift bedingte Neubildung einer Rückbildung fähig sei, und dass dabei die Bacillen, der allgemeinen Cirkulation wieder zugeführt, aus den Drüsen verschwinden und in einem ganz neuen Organ Herde bilden können, scheint schon sehr viel gewagter. Trotzdem kann ich mich Angesichts des im Anfange dieser Zeilen nur ganz kurz citirten Falles von akuter Phthise nach Cervikal- und Axillarbubonen eines solchen Gedankens nicht ganz erwehren. Ja, ich stehe nicht an, bei der neuerdings immer mehr betonten Zusammengehörigkeit von Leukämie und Pseudoleukämie, zu meinen Gunsten zwei Beobachtungen von Quincke und von Stintzing[2] zu verwerthen, welche Leukämie unter dem Einflusse von allgemeiner Miliartuberkulose rückgängig werden sahen.

Bezüglich der Frage, ob vielleicht auch andere pathogene Organismen, die dem Lymphdrüsensystem nicht fremd bleiben, durch weitere Wucherung in demselben auch ein der Pseudoleukämie zugehöriges Krankheitsbild erzeugen können, kann ich allerdings aus vorbakterieller Zeit, daher gegenüber dem Einwurf der sekundären resp. Mischinfektion nicht beweisend, zu Gunsten der bejahenden Auffassung noch einen Fall von Birch-Hirschfeld[3] anführen, in welchem die Pseudoleukämie, hier malignes Lymphom genannt, sich im Anschluss an Typhus entwickelte und in der 6. Woche nach dem Abfall der typhösen Temperatursteigerung zum Tode führte.

Birch-Hirschfeld spricht sich über die Auffassung des Falles folgendermaßen aus:

»Wir können diesem Falle keine andere Stellung geben als unter den malignen Lymphomen; das Besondere liegt nur darin, dass hier die Geschwulstbildung direkt an die typhöse Drüsenschwellung sich anschloss, so dass man gewissermaßen von einem typhösen Lymphom sprechen könnte, welches statt der regelmäßigen Rückbildung einen progressiven Charakter angenommen hätte.«

Eine Entscheidung lässt sich in dieser Frage noch nicht fällen. Die oben stehenden Zeilen haben ihren Zweck erreicht, wenn sie andere Beobachter dazu anregen, in jedem Falle von Pseudo-

---

[2] Siehe Berliner klin. Wochenschrift 1889. p. 886.

[3] Birch-Hirschfeld in Ziemßen's Handbuch Bd. XIII. Hft. 2. p. 100. Herausgegeben 1876.

leukämie der Frage eventuell vorliegender tuberkulöser Infektion nicht nur mit dem Mikroskop, sondern auch mit Thierexperiment oder Aussaat näher zu treten.

---

1. **David Hansemann.** Über asymmetrische Zelltheilung in Epithelkrebsen und deren biologische Bedeutung.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

Bei der Untersuchung von 11 Epithelkrebsen aus verschiedenen Organen konnte der Verf. neben zahlreichen normalen Mitosen eine geringere Anzahl asymmetrischer Kerntheilungsfiguren nachweisen, während solche bei gutartigen Neubildungen nicht vorkamen. Die Asymmetrie der Kernfiguren, bei welcher ein Theil eine größere Anzahl Schleifen aufnimmt als der andere, hat zur Folge, dass als Endprodukt der Theilung zwei Zellen von verschiedenem Chromatingehalt entstehen. Wir müssen es uns versagen, hier auf die allgemein morphologischen Betrachtungen des Verf. über Bau und Entwicklung der Zelle nach den neuesten zoologischen und vergleichend histologischen Untersuchungen im Einzelnen einzugehen und können nur die Schlussfolgerungen anführen, welche derselbe bezüglich der Zellen bösartiger Neubildungen aus dem Befunde der asymmetrischen Kerntheilung zieht. »Jede asymmetrische Theilung einer Zelle bedeutet eine Veränderung ihrer Differenzirung; sie ist also in Parallele zu setzen mit einem neuen Generationsstadium der ontogenetischen Entwicklung. Demnach muss die asymmetrische Theilung jedes Mal mit einer Veränderung der Wachsthumsenergie und der Wachsthumsrichtung verbunden sein. Man hat im Epithelkrebse zwei verschiedene Arten von Zellen zu unterscheiden, erstens solche mit durchweg geringer Zahl von Segmenten, die ... jedenfalls bald einen physiologischen Tod sterben. Zweitens solche, die sich symmetrisch und regulär weiter theilen und zur Vergrößerung und Verbreiterung der Geschwulst beitragen. Die letzteren sind die eigentlichen Geschwulstzellen, die ersteren sind als Auswurfsstoffe zu betrachten.... Viele Zellen, vielleicht alle Hauptzellen der Epithelkrebse sind von einem höher differenzirten Zustand in einen geringer differenzirten übergegangen.« Diese sind mit größerer selbständiger Existenzfähigkeit begabt, als ihr Muttergewebe, sie können oft im Körper weit von ihrer Ursprungsstelle fortgeführt werden und dort zu Ahnenzellen einer neuen gleichartigen Geschwulst werden. Trotzdem sind aber diese Zellen nicht als »embryonale« zu bezeichnen; denn zu den Eigenthümlichkeiten der embryonalen Zellen gehört die Fähigkeit, den höchsten Grad der Differenzirung selbst unter relativ ungünstigen Bedingungen zu erreichen, eine Fähigkeit, welche den Krebszellen mangelt.

F. Neelsen (Dresden).

---

2. **Zehnder.** Über Krebsentwicklung in Lymphdrüsen. (Aus dem städt. Krankenhaus Friedrichshain.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

Der Verf., welcher namentlich die mitotischen Vorgänge berücksichtigte, bestätigt in allen wesentlichen Punkten die schon früher durch einfachere Untersuchungsmethoden erhaltenen Resultate: Die ersten Krebsherde treten in den zuführenden Lymphgefäßen der Lymphdrüsen auf. Weiterhin breitet sich der Krebs derart aus, dass die ersten Herde sich durch centrales Wachsthum vergrößern. Die Krebsentwicklung geht gemeinhin alveolenweise vor sich. In allen Krebsherden sind reichlichste mitotische Vorgänge zu sehen. Das Lymphdrüsengewebe weist bei Krebseinwanderung zuerst keine wesentlichen Veränderungen, namentlich keine Proliferationserscheinungen auf. Später treten deutliche Kompressionserscheinungen an demselben auf. Die Blutgefäße zeigen reichliche Hypertrophie der Muskulatur, so wie Endothelveränderungen. Die Lymphgefäßendothelien, so wie die Drüsenendothelien zeigen keine wesentlichen Veränderungen.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. **Verneuil.** Über die pathogenen Eigenschaften der in malignen Tumoren eingeschlossenen Mikroben.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 11 u. 12.)

Aus zahlreichen klinischen und mikroskopisch-bakteriologischen Studien lässt sich der Schluss ziehen, 1) dass in das Gewebe der malignen Neubildungen, Carcinome, Sarkome etc. gelegentlich eine Invasion von verschiedenen Mikrobien stattfindet, deren Abstammung, Art und Zahl nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen noch nicht bestimmt werden kann; 2) dass diese Invasionen, deren Ursachen und Mechanismus uns gleichfalls unbekannt sind, längere oder kürzere Zeit latent bleiben können, aber auch in gewissen Fällen verschiedene Modifikationen in der Entwicklung und Ernährung der Tumoren herbeiführen, u. A. ein außerordentlich rapides Wachsthum, Erweichung und Ulceration; 3) dass die Mikroben sich nicht in allen Arten von Neoplasmen, aber auch nicht in allen Neubildungen derselben Gattung und eben so wenig in allen Theilen der Geschwulst finden; man vermisst sie z. B. gänzlich in Lipomen, in reinen Fibromen, in Sarkomen und Carcinomen im ersten Stadium ihrer Entwicklung, wenn sie langsam wachsen, gleichmäßige Konsistenz zeigen und von gesunder Haut bedeckt sind; man findet sie jedoch ausnahmslos in Neoplasmen, welche in Erweichung begriffen sind und exulceriren; 4) dass diese Mikrobien nicht nur lokal eine reizende phlogogene und pyrogene Wirkung ausüben, sondern auch pathogene Eigenschaften, welche den ganzen Organismus schädigen, besitzen, indem sie wahrscheinlich Fieber veranlassen und bei Abtragung des Tumors die Operationswunde inficiren können; 5) dass

die Kenntnis dieser Gefahr möglichst frühzeitige Exstirpation maligner Tumoren unter Anwendung aller Kautelen erheischt.

Prior (Köln).

---

4. **Bossano.** Propriétés tétanigènes du sol sous diverses latitudes.

(Gaz. des hôpitaux 1889. No. 147.)

Verf. hat Thiere mit Proben von Erde, welche Gärten, Straßen, Feldern an 43 verschiedenen Orten der Welt entnommen war, nach dem von Nicolaier für die Untersuchungen auf Tetanusbacillen angegebenen Verfahren geimpft; die Ergebnisse waren mit der Erde von 27 Ortschaften positive. Von 96 Thieren, deren jedes mit verschiedener Erde, obwohl bisweilen von demselben Lande stammend, geimpft war, starben 39 tetanisch, 16 andere an den Folgen der Impfung. Von letzteren hatten 9 keine ausgeprägten Erscheinungen von Tetanus, 7 zweifelhafte. Hierdurch wird Nicolaier's Auffassung gestützt, dass die Erreger des Tetanus fast stets sich im Erdboden befinden, in welchem faulende organische Stoffe vorhanden sind. Die Entwicklung würde so geschehen, dass jeder organische Stoff, der sich in Zersetzung befindet, die chemische Beschaffenheit des Bodens ändert und ihn vermittels der Fäulniserreger, welche in den Massen vorhanden sind, zu einem für die Entwicklung des Tetanusbacillus günstigen Nährboden verwandelt. Die Ansicht, dass das Klima eine Rolle in der Ätiologie des Tetanus spielt, wird durch die Untersuchungen B.'s widerlegt, indem die Bodenproben der Länder aller 3 Zonen ganz gleiche Ergebnisse bei den Thierversuchen lieferten.

G. Meyer (Berlin).

---

5. **S. Kitasato.** Über den Tetanusbacillus. (Aus dem hygienischen Institut zu Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VII. Hft. 2. p. 223.)

K. gelang es Reinkulturen von Tetanusbacillen dadurch zu gewinnen, dass er Tetanuseiter auf schräg erstarrtem Blutserum oder Agar 48 Stunden lang im Brütofen bei 36—38° hielt und dann $^3/_4$ bis 1 Stunde lang im Wasserbade auf 80° erwärmte. Dadurch wurden die übrigen in dem Eiter enthaltenen Bakterien und ihre Sporen zerstört und nur die Sporen der Tetanusbacillen blieben keimfähig und konnten auf Gelatine und Bouillon (im Wasserstoffstrom) oder in Agar (in hoher Schicht) als Reinkulturen zur Entwicklung gebracht werden.

Die Tetanusbacillen sind obligat anaërobe Bakterien, sie wachsen nur bei Luftabschluss. Sie lassen sich (in Agar oder Gelatine mit 2% Traubenzucker, resp. in Peptonbouillon unter Wasserstoff) in fortlaufenden Kulturen fortzüchten, ohne ihre Virulenz zu verlieren. Die Kolonien auf Platten ähneln denen des Heubacillus, verflüssigen aber langsamer; in der Stichkultur wachsen die Bacillen 1—2 Fin-

ger breit unter der Oberfläche der Gelatine, nach allen Seiten hin wolkig ausstrahlend.

Die Tetanusbacillen sind wenig beweglich, bilden endständige, in trockenem Zustande lange lebensfähige Sporen und sind mit Anilinfarben, auch nach der Gram'schen Methode färbbar. Gegen Erwärmung (unter 100°) und Chemikalien sind die Sporen ziemlich resistent.

Bei Thierversuchen mit Reinkulturen wurde typischer Tetanus erhalten, auch wenn nur die Bacillen ohne andere Fremdkörper in die Impfwunde gebracht wurden. Die Bacillen scheinen in diesem Fall sehr schnell im Thierkörper zu Grunde zu gehen, sie konnten in den Leichen der Versuchsthiere weder an der Impfstelle, noch in inneren Organen nachgewiesen werden. Das für Erzeugung des Tetanus wirksame Moment sind also wahrscheinlich nicht die Bacillen selbst, sondern ein von ihnen producirtes lösliches Gift.

F. Neelsen (Dresden).

---

6. **S. Kitasato** und **Th. Weil.** Zur Kenntnis der Anaëroben. (Aus dem hygienischen Institut der Universität Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII. Hft. 1.)

Die beiden Autoren haben Versuche darüber angestellt, in wie weit das Wachsthum der Anaëroben (Tetanus, Rauschbrand, malignes Ödem) durch den Zusatz von reducirenden Substanzen zu den Nährmedien gefördert werden kann. Unter den zunächst bei diesen Versuchen verwandten Substanzen, welche in alkalischer Lösung stark Sauerstoff absorbiren, erwiesen sich das Hydroxylaminchlorhydrat, das Acetaldehyd und Benzaldehyd und das salzsaure Phenylhydrazin wegen ihrer Giftwirkung auf die Bakterien als unbrauchbar.

Brenzkatechin, dem Agar zu 0,1% zugesetzt, äußerte einen wachsthumbegünstigenden Einfluss; eben so ein Amidophenol, das Eikonogen, gleichfalls in Mengen von 0,1%. Am wirksamsten erwies sich aber das ameisensaure Natron, welches in Mengen von 0,3—0,5% als festes Salz dem fertigen noch flüssigen Agar zugesetzt wird. Das Nährmedium bleibt dabei völlig hell und durchsichtig und bildet ein Material, dessen Anwendung zur Kultur von Anaëroben die Autoren warm empfehlen. Eben so empfehlenswerth ist ein Zusatz von 0,1% des indigosulfosauren Natron. Der Agar wird durch dieses Salz tiefblau gefärbt, während des Wachsthums der Stichkulturen von Anaëroben aber in Folge von Reduktion des Farbstoffes wieder von den untersten Schichten anfangend, entfärbt, so dass dann die Kulturen in aller Deutlichkeit zu Tage treten. Nur die oberste Schicht in einer Breite von 2 cm bleibt blau gefärbt. Lässt man die Luft zu den in der Tiefe gelegenen Schichten zutreten, so werden diese durch Oxydation wieder blau gefärbt. Ob das Salz nur durch Herstellung eines sauerstofffreien Nährbodens wirkt oder ob die Indigweißsulfosäure ein den Anaëroben besonders zusagender Nährstoff ist, lassen die Verff. unentschie-

den. Aëroben werden in den mit Brenzkatechin, ameisensaurem Natron und indigosulfosaurem Natron versetzten Nährmedien zwar in der Entwicklung beschränkt, aber nicht getödtet.

F. Neelsen (Dresden).

---

7. **F. Nissen.** Über die desinficirende Eigenschaft des Chlorkalks.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII. Hft. 1.)

Die Versuche über die Wirkung des Chlorkalks auf Reinkulturen ergaben, dass für Typhus- wie Cholerabacillen bei einem Chlorkalkgehalt der Mischung von 0,12% in 1—5 Minuten totale Vernichtung eintritt, während Ätzkalklösungen derselben Koncentration erst in einer oder mehreren Stunden den gleichen Erfolg erzielen. Das gleiche Verhältnis besteht für Milzbrandbacillen, Staphylokokken und Streptokokken. Sehr widerstandsfähige Milzbrandsporen bedürfen der $^1/_2$stündigen Einwirkung einer 5%igen Lösung. Salzsäurezusatz steigert die Desinfektionskraft des Chlorkalks. Ein entwicklungshemmender Einfluss schwächerer Lösungen als der desinficirenden war nicht zu konstatiren. Fäulnisflüssigkeiten wurden in wenigen Minuten durch Zusatz von 0,1% Chlorkalk sterilisirt. Bei der Untersuchung der desinficirenden Wirkung auf Fäces wurde in Betracht gezogen, dass es ja nur darauf ankommt, die in den Fäces enthaltenen pathogenen Keime des Typhus, der Cholera, der Ruhr zu vernichten, nicht aber die zahllosen, nicht pathogenen, aber gegen Desinficientien höchst widerstandsfähigen Bakterien abzutödten. Es wurden desshalb Fäces sterilisirt, mit Typhuskultur geimpft und nun der Wirkung des Chlorkalks ausgesetzt; ein Zusatz von 0,5% bewirkte hier nach 10 Minuten totale Sterilisation. Praktisch empfiehlt der Verf. den Chlorkalk in fest verschlossenen dunklen Gefäßen aufzubewahren, denselben in Pulverform zuzusetzen, so dass 1 g Chlorkalk auf 100 ccm Fäces kommt und letztere aus dem Stechbecken erst 10 Minuten nach erfolgtem Zusatz zu entfernen.

Strassmann (Berlin).

---

8. **H. Sonntag.** Über die Bedeutung des Ozon als Desinficiens.

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII.)

Nach einer sehr ausführlichen historischen Einleitung, deren Ergebnis dahin zusammengefasst werden kann, dass weder auf experimentellem noch auf therapeutischem Gebiet bisher sicher Beweise für eine desinficirende Wirkung des Ozon vorliegen, theilt S. seine eigenen, in Wolffhügel's Laboratorium angestellten Versuche mit. Mittels einer sehr genau durchdachten Methode, deren Einzelheiten im Original einzusehen sind, gelang es ihm, Luft von quantitativ bestimmbarem Ozongehalt und ohne störende Beimengungen (Chlor etc.) auf Bakterienproben einwirken zu lassen. Erst bei einem Koncen-

trationsgrad von 13,53 mg Ozon im Liter Gas begann sich eine bakterientödtende Wirkung zu zeigen, ohne aber in jedem Falle sicher einzutreten. Eine Atmosphäre mit geringerem Ozongehalt ließ auch bei Gegenwart von Feuchtigkeit die Bakterien augenscheinlich gänzlich unbehelligt. Ein Koncentrationsgrad wie der oben erwähnte ist aber nur mit außerordentlichen Hilfsmitteln herzustellen; praktisch dürften schon desshalb alle Versuche, die schädigende Wirkung des gasförmigen Ozons auf pathogene Bakterien für die Therapie oder für die prophylaktische Desinfektion zu verwerthen, völlig aussichtslos erscheinen.

Die bakteriologische Prüfung des Lender'schen »Ozonwassers« zeigte, dass die sog. starken Lösungen unter Umständen desinficirende Wirkungen auszuüben vermögen. Nach dem unsicheren Resultat der chemischen Analyse musste es zweifelhaft bleiben, in wie weit dieselben etwa durch unterchlorige Säure etc. hervorgerufen werden, oder ob in der That das Ozon in wässriger Lösung eine bessere Wirkung zu entfalten vermag, als bei gasförmiger Anwendung. Die neuerdings empfohlene ölige Lösung, das »Antibactericon«, konnte äußerer Umstände halber nicht mehr untersucht werden.

Strassmann (Berlin).

---

9. **Peiper.** Über das Vaccinefieber.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 1 u. 2.)

Die bei einer größeren Anzahl von Kindern während der Impfung vorgenommenen Temperaturmessungen ergaben folgende Resultate:

Die erfolgreiche Impfung der Schutzpocken verläuft unter Fiebererscheinungen. Das Fieber kann schon im Incubationsstadium auftreten. In der Mehrzahl der Beobachtungen begann die eigentliche Fieberperiode am 4. oder 5., in den übrigen Fällen am 6. und 7. Tage und hielt bei normalem Verlauf in der Regel nur $2^1/_2$—$4^1/_2$ Tage an. Der Fiebertypus war der einer Febris remittens. Das Maximum der Temperaturen lag zwischen 38,2—40,0.

Das Fieber zeigt sich unabhängig von dem Alter der Impflinge, von der Zahl der Schutzpocken, von der eventuellen Eröffnung behufs Lymphentnahme und von den lokalen entzündlichen Vorgängen auf der Impfstelle. Bei Revaccinirten können selbst bei sehr starken entzündlichen Processen an der Impfstelle Fiebererscheinungen fehlen.

Markwald (Gießen).

---

10. **v. Ziemssen.** Über den Pulsus differens und seine Bedeutung bei Erkrankungen des Aortenbogens.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 285.)

An der Hand einschlägiger Beobachtungen beweist v. Z., dass der Pulsus differens durch Aneurysma der aufsteigenden Aorta und des Bogens, also durch Erweiterung des Aortenrohres ohne Läsion der Gefäßursprünge nicht verursacht wird, sondern vorwiegend durch

Verengerung des Ostiums der betreffenden Gefäßstämme, welche zumeist aus der sklerosirenden Endarteriitis hervorgeht, aber auch einer schlitzförmigen Verzerrung des Ostiums durch den aneurysmatischen Process, durch den Druck eines Aneurysmas oder eines Mediastinaltumors von außen seine Entstehung verdanken kann. Auch der Grad und die Resistenz der Verengerung kann mit ziemlicher Sicherheit erschlossen werden. Je enger und gleichzeitig starrwandiger die Stenose ist, um so niedriger wird die Welle und um so mehr schwindet jede Andeutung von Elasticitätsschwankung und Rückstoßelevation. Je weiter andererseits und dehnbarer die Stenose ist, um so mehr wird sich die Pulskurve der normalen annähern.

Peiper (Greifswald).

---

11. **Sacharjin.** Die Lues des Herzens.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. p. 388.)

S. ist der Ansicht, dass den klinischen Erscheinungen, welche durch die Syphilis des Herzens hervorgerufen werden, bisher nicht die genügende Aufmerksamkeit zugewandt worden sei. Verf. verfügt über mehr als 10 Beobachtungen, in welchen die klinische Diagnose auf Syphilis des Herzens gestellt, die Symptome durch eine antiluetische Behandlung beseitigt werden konnten. In der Regel besteht eine große Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, die zumeist mit anderen Affektionen komplicirt sind: durch Alkoholismus, Gicht, chronische Arteriitis, Magen-Darmstörungen, syphilitische Erkrankung anderer Organe, am häufigsten des Nervensystems und der Leber.

Die Symptome seitens des Herzens pflegen gewöhnlich zu bestehen in beständiger Athemnoth verbunden mit Herzklopfen und Präkordialdruck, kardialem Asthma, Angina pectoris, bedeutenden Ödemen und Höhlenwassersucht in Folge von Cirkulationsstörungen.

Das Herz ist gewöhnlich vergrößert, besonders der linke Ventrikel, der Puls ist schwach, frequent und arhythmisch. Auf dem Sternum ist nicht selten ein systolisches Geräusch wahrnehmbar. Der Status praesens und die Anamnese ergeben gewöhnlich eine frühere syphilitische Infektion. Selbst durch die aufmerksamste nicht specifische Behandlung tritt keine ernste Besserung ein, während eine specifische mit Jodnatrium oder Inunktionen mit Quecksilbersalbe den Kranken meist dauernd herstellen. **Peiper** (Greifswald).

---

12. **M. Grossmann.** Trachealstenosen.

(Wiener Klinik 1890. Hft. 3 u. 4.)

Die Trachealstenosen werden in extra- und intratracheale eingetheilt. Erstere, auch Kompressionsstenosen genannt, werden durch Erkrankung verschiedener Organe bedingt, der Schilddrüse, der Lymphdrüsen, der Thymus, ferner durch Geschwülste (der Speiseröhre, Wirbelsäule, des Mediastinums, Brustbeins etc.), angeborene Cystenhygrome, akute und chronische Entzündungsprocesse, Aneu-

rysmen. Bei den intratrachealen Stenosen sind zwei Gruppen zu unterscheiden, von denen die erste Verengerungen in Folge von primären Krankheiten der Trachea selbst umfasst. Zu diesen gehören die Entzündung und das consecutive Ödem der Trachea, Ulcerationen und Granulationswucherungen (den Ausdruck »Granulome« sollte Verf. lieber streichen; d. Ref.), Narbenbildungen, Neubildungen. Zur zweiten Gruppe gehören die Stenosen, die nach operativen Eingriffen, Tracheotomie, Kanülengebrauch etc. entstehen. Von den Symptomen ist die Dyspnoe das wichtigste; außerdem ist zu nennen das Stenosengeräusch; die einzelnen Athemzüge sind verlangsamt und vertieft, es besteht Pulsverlangsamung mit Erhöhung der Pulswelle und des Blutdruckes. Das Herz arbeitet fortwährend unter hohem Widerstand und diese Überanstrengung des Herzens bildet den Ausgangspunkt der weiteren Erscheinungen, indem eine Insufficienz oder Ermattung des Herzens durch die Überanstrengung entsteht, welche Störungen im großen und kleinen Kreislauf bedingt. Weitere Erscheinungen sind Lungenemphysem und Lungenstarrheit; mit der trachealen Dyspnoe komplicirt sich eine kardiale, Respiration und Puls wird beschleunigt, am Herzen bildet sich Asystolie aus, und endlich tritt der Exitus ein. Zuerst ist die (alkalische) Harnmenge vermehrt, später ist die Sekretion vermindert, der Harn sauer. Für die Diagnose warnt G. vor dem Katheterismus. Für dieselbe von Wichtigkeit sind: Stimmbandlähmungen, asthmatische Anfälle, Heiserkeit, Aphonie etc. Bei der Prognose kommt es auf die Ursache der Stenose, so wie den Zustand von Lungen und Herz an. Die Therapie richtet sich nach dem Grundleiden. Gestattet es der Zustand des Kranken, so ist die Dilatation (nach Schrötter), besteht Kompensationsstörung die Tracheotomie auszuführen. — Die näheren Einzelheiten über diese siehe im Original. **G. Meyer** (Berlin).

---

13. **Pel.** Bemerkungen über die Behandlung der Pleuraempyeme.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Auf Grund eines sich auf ca. 100 Fälle von Empyem erstreckenden Materials aus den letzten 8 Jahren kommt Verf. zu folgenden wichtigen Resultaten: Die Bedeutung der Empyeme ist bedingt durch die Ätiologie, den Umfang des Exsudates, durch die Art des Eiters, das Stadium der Krankheit, das Alter, Allgemeinbefinden und Konstitution des Kranken. Die Behandlung muss daher eine streng individualisirende sein. Die sog. Radikalincision erscheint im Allgemeinen als die bei Weitem zweckmäßigste Methode, da sie allein bestimmbare Resultate gewährt. Die einfache aspiratorische Punktion zeitigt, einmal oder öfters ausgeführt, selbst bei Kinderempyemen nur ausnahmsweise gute Erfolge. Indicirt erscheint sie nur bei kleinen circumscripten, speciell metapneumonischen Empyemen, wenn die totale Entleerung des Eiters nicht dringend erforderlich ist. Bei

großen Empyemen ist sie nur äußerer Umstände wegen oder aus palliativem Grunde auszuführen. Die Punktion mit nachfolgender Durchspülung des Pleuraraumes ist nicht empfehlenswerth. Die permanente Aspiration (Bülau) eignet sich noch am besten für frische Fälle mit dünnflüssigem Eiter. Das exspektative Verfahren ist in denjenigen Fällen angezeigt, in welchen ein kleines, abgesacktes Empyem ohne Erscheinungen verläuft, welche die künstliche Entleerung des Eiters fordern, besonders wenn eine krupöse Lungenentzündung voranging. Schwindet das Empyem bei geeigneter Allgemeinbehandlung nicht, dann versuche man erst die einfache aspiratorische Punktion und lasse dann bei Erfolglosigkeit derselben die Incision folgen. **Peiper** (Greifswald).

---

14. **Fr. Hahn.** Über Tuberkulose der Nasenschleimhaut.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Die Mittheilungen über Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut sind auffallend gering an Zahl, es sind kaum 30 Fälle solcher Erkrankung der Litteratur übergeben worden, eine überraschend geringe Zahl, wenn man an die Häufigkeit der Tuberkulosis im Respirationsapparat denkt. Bei der Betrachtung der Tuberkulosis der Nasenschleimhaut muss man Rücksicht nehmen auf den Gesichtslupus, welcher für die Häufigkeit des Vorkommens der Tuberkulosis die größte Bedeutung verdient. Nach der Erfahrung eines so tüchtigen Kenners und Forschers wie Doutrelepont ist die Ansicht Neisser's und Block's, dass ein Gesichtslupus in der Regel von einem Schleimhautlupus ausgehe, vollkommen richtig, die Beobachtungen in der Berner Klinik stimmen damit gänzlich überein; Doutrelepont hat durch Bender vor 2 Jahren eine Statistik seiner Lupusfälle veröffentlichen lassen, aus welcher hervorgeht, dass bei einem Material von 380 Lupuskranken in 66,5% aller Schleimhautlupusfälle und in 30,3% aller Lupösen die Nasenschleimhaut ergriffen war. H. fügt in dieser Mittheilung der Veröffentlichung eines Falles von Tuberkulose der Nasenschleimhaut durch Bender aus der Berner Hautklinik 5 neue Fälle hinzu; in 4 von diesen Fällen sicherte der Nachweis der Tuberkelbacillen im entnommenen Gewebe die Diagnose. In allen Fällen ging die Erkrankung vom Septum aus; 1mal waren einfache Tumoren vorhanden, 1mal mehrere polypenähnliche Tumoren und 3mal sog. Granulationswucherungen. Die Tumoren bluteten leicht, hatten derbe Konsistenz und glatte Oberfläche, so weit sie nicht exulcerirt war; die Granulationswucherungen saßen breitbasig auf und hatten eine mehr höckerige Oberfläche; die Konsistenz war schlaff, die Oberfläche der Höcker mit dünnem Eiter bedeckt. Bei 4 Pat. waren die Lungen frei. Die Therapie bestand in Anwendung des scharfen Löffels, Kauterisation mit dem Paquelin und da, wo sich noch verdächtige Granulationen zeigten, Zerstörung derselben mit 10%iger Pyrogallussalbe. Zu beachten sind speciell

2 Fälle, in denen ein Ekzem der Oberlippe und der Nase seit Monaten bestand; auf dem Boden dieses Ekzems bildeten sich die tuberkulösen Wucherungen. Im Ganzen lassen die Erfahrungen Doutrelepont's drei Arten von Tuberkulose der Nasenschleimhaut erkennen:

1) Das tuberkulöse ulceröse Geschwür, flach mit unterminirten Rändern; der Grund ist mit schlaffen, graugefärbten Granulationen und dünnem Eiter bedeckt. Diese Form ist sehr selten.

2) Die Tuberkulose in der Form von soliden Tumoren mit meist derber Konsistenz und glatter Oberfläche; es können mehrere solcher Tumoren gleichzeitig vorhanden sein. Die Heilung ist bei obiger Therapie rasch; ob Recidive folgen, steht noch nicht fest, da die Beobachtungszeit eine zu kurze war.

3) Diese Form ist durch das Auftreten von Granulationswucherungen charakterisirt, die wohl zweifellos als lupöser Natur aufzufassen sind. Nur selten wird der Beginn des lupösen Processes in der Nase unmittelbar beobachtet, meist wird die Erkrankung, zumal wenn die übrige Haut vollkommen frei von Lupuswucherung ist, als chronisches Ekzem angesehen, bis schließlich die Perforation des Septum oder das Übergreifen auf die Haut der Nase die Natur der Erkrankung klar stellen.

Beherzigenswerth ist die Mahnung, ausgiebig von der mikroskopischen Untersuchung bezüglicher Processe auf der Nasenschleimhaut Gebrauch zu machen; kamen doch alle 5 Fälle in der kurzen Zeit von 3 Monaten zur Aufnahme, ein Beweis, dass die Erkrankung keineswegs so selten ist, als man aus den Litteraturangaben schließen sollte.

Prior (Köln).

---

15. **M. Hajek.** Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. Hft. 3.)

Das Ulcus perforans nasus fand H. an 38 Leichen. 5 Fälle hiervon sind auszuscheiden, weil das Ulcus hier als abhängig von bestimmten allgemeinen Erkrankungen (Typhus, Syphilis, Carcinom) erschien oder in einem Falle sich als eine Exkoriation herausstellte. Die übrigen 33 Fälle zeigten das eigenthümliche Leiden in allen Stadien. Der Sitz desselben ist die knorpelige Nasenscheidewand, niemals die knöcherne. Es tritt bald einseitig, bald beiderseits auf, in 11 Fällen war es perforirend. Das Geschwür hat meist eine runde, selten eine ovale Form. Das Leiden beginnt mit einer oberflächlichen, grauweißen Verfärbung der oberflächlichen Schleimhautschicht, diese stößt sich ab, es bildet sich ein scharfrandiges Geschwür, an dessen Grund der Knorpel bloß liegt, letzterer wird durchbrochen, sodann wird die Perforation der Scheidewand eine vollkommene und schließlich kommt es zur Heilung, als deren Resultat ein Loch in der knorpeligen Scheidewand mit glatten und völlig vernarbten Rändern erscheint.

In 31 der beobachteten Fälle ergab die Obduktion daneben in anderen Organen tuberkulöse Veränderungen. Histologisch charakterisirt sich der Krankheitsprocess als Coagulationsnekrose mit wiederholter Bildung von Pseudomembranen, zuweilen mit Blutung in die Schleimhaut beginnend. Die Symptomatologie der Krankheit ist sehr lückenhaft, weil sie selten am Lebenden beobachtet wird. H. selbst hat 4 Fälle gesehen. Zu Beginn des Leidens zeigt sich auf der Schleimhaut der knorpeligen Scheidewand eine weißliche Verfärbung des Epithels, ein Belag; häufig wird über vorangegangene Blutungen geklagt, wobei sich Blutkrusten bildeten, die abgekratzt wurden. Später bildet sich ein rundes Geschwür von schmutziggrauem Aussehen, unterminirten Rändern, der Knorpel wird bloßgelegt. Von den 4 von H. beobachteten Fällen kamen 3 durch Ätzung, Auskratzung etc. zur Heilung ohne Perforation, der letzte Fall kam sogleich mit einer an den Rändern fast völlig vernarbten Perforation in Behandlung. In allen Fällen war Syphilis mit Sicherheit auszuschließen und im Geschwürssekret keine Tuberkelbacillen nachzuweisen. Das Leiden findet sich meist im mittleren Alter und anscheinend hauptsächlich bei weiblichen Personen.

Syphilitische und tuberkulöse Geschwüre der Nase zeigen ein durchaus anderes Bild. Die ersteren führen meist zu Knochennekrose und alteriren die gesammte Schleimhaut der Nase, bei den letzteren bilden sich frühzeitig Granulationsgeschwülste und die Peripherie der Perforation ist niemals so glatt und scharf wie beim Ulcus perforans.

Ätiologisch ist Syphilis, sowohl erworbene wie ererbte, immer auszuschließen. Die Tuberkulose scheint eine gewisse Disposition zu dem Leiden zu gewähren. Seinem histologischen Charakter nach zeigt das Ulcus perforans Ähnlichkeit mit einem diphtheritischen Geschwür, hat jedoch mit der genuinen Diphtheritis nichts zu thun.

Die bakteriologische Untersuchung ergiebt beim Ulcus perforans hauptsächlich Kokken, allem Anschein nach Staphyloc. pyog. aur. und Streptoc. pyog., die wohl auch als die Urheber des nekrotischen Processes anzusehen sind. Dass das Ulcus perforans gerade im vorderen Theil der knorpeligen Scheidewand sich entwickelt, rührt wohl daher, dass diese Stelle am häufigsten Blutungen und Verletzungen (Ref. hat nachgewiesen, dass gegen diese Stelle der Luftstrom mit seinem Staubinhalt hauptsächlich gerichtet ist) ausgesetzt ist, dass die Schleimhaut dort zahlreiche Schleimdrüsen enthält, die mit erweiterten Öffnungen münden, und dass auf der Schleimhaut ein geschichtetes Plattenepithel lagert.

Immerhin bleibt insbesondere bei der relativen Seltenheit des Ulcus perforans noch Manches in seiner Pathogenese dunkel.

Das Resultat der ganzen Untersuchung lautet: Das perforirende Geschwür ist eine wahrscheinlich häufig mit Blutung beginnende, sehr chronisch verlaufende progressive Nekrose der Schleimhaut und des Knorpels innerhalb der knorpeligen Nasenscheidewand, welche, ohne in der umgebenden Schleimhaut erhebliche Veränderungen

hervorzurufen, zur Perforation der Scheidewand führt und danach spontan heilend einen kreisförmigen scharfrandigen Defekt zurücklässt. Der Geschwürsprocess steht mit Syphilis in keinerlei Zusammenhang. **Kayser** (Breslau).

---

16. **K. Koch.** Die syphilitischen Finger- und Zehenentzündungen.

(Sammlung klin. Vorträge No. 359.)

K. bespricht zuerst die Dactylitis syphilitica der Erwachsenen. Dieselbe tritt meist mehrere Jahre nach der Infektion auf und lässt sich scheiden in eine syphilitische Erkrankung der Weichtheile der Finger (sechs Beobachtungen aus der Litteratur und eine vom Verf.), welche diffus und in circumscripten Herden auftreten kann. Die vom Verf. geschilderten Erscheinungen gleichen in vielen Punkten denen des gewöhnlichen Panaritium, nur ist der Schmerz, auch auf Druck, bei syphilitischen Fingergeschwüren nie erheblich. Finger und Zehen können gleichzeitig und in verschiedener Anzahl erkranken. Auch einzelne Gummata können sich in den Weichtheilen bilden und zusammenfließen. Tritt keine Therapie ein, so entsteht Zerfall mit Spontanheilung unter Weiterfortschreiten des Processes und immer Heilung der zuerst befallenen Theile. Das Aussehen und die Beschaffenheit der Geschwüre ist übel. Der Process kann auch auf das Periost, die Knochen und Gelenke übergehen, so dass abnorme Beweglichkeit der Theile entsteht. Die Formveränderung und Funktionsstörung kann dauernd sein. Die Nägel betheiligen sich selten an dem Process; das Nagelbett, Sehnenscheiden und Sehnen nie.

Die syphilitischen Entzündungen der Finger- und Zehenknochen sind viel häufiger als erstere. Es kommt an den Phalangen gummöse Periostitis und gummöse Osteomyelitis vor. Bei der letzteren ist die Phalanx verdickt, der Markraum mit gummöser Substanz erfüllt; Haut und Periost sind wenig betheiligt. Schließlich entsteht Atrophie des Knochens. Die gummöse Osteomyelitis der Phalangen ist bei Erwachsenen selten, häufiger bei Kindern; bei ersteren findet sich die syphilitische Periostitis häufiger. Hier schwillt der Finger an, Schmerzen sind gering, es entsteht eine periostale Gummigeschwulst; der Process greift auf den Knochen über, der ohne Eiterung zu Grunde geht. Die Folgen sind je nach den Zerstörungen verschiedene. Es entstehen Kontrakturen, Schlottergelenke, Eiterung etc. Die Fingergelenke erkranken entweder sekundär nach den Weichtheil- und Knochenaffektionen der Finger oder auch selbständig. Für letztere Fingergelenkentzündung spricht ein Fall in der Litteratur und eine Beobachtung von K. Es besteht dabei Anschwellung des Gelenks, abnorme Beweglichkeit, besonders nach den Seiten hin, Krepitation. Syphilitische Fingerentzündungen bei Kindern sind 18mal in der Litteratur beschrieben, von denen 11 auf

das erste Lebensjahr entfallen. Auch hier Verdickung der Phalangen, besonders der ersten; die Haut wird prall gespannt und verdünnt. Die Entzündung tritt meist unsymmetrisch auf. Nach Aufbruch entstehen syphilitische Geschwüre mit schmierigem Grund. Bei älteren Kindern verläuft der Process wie die rareficirende Ostitis an den Phalangen der Erwachsenen.

Die Diagnose der Erkrankung ist wichtig und von tuberkulösen, gichtischen und diabetischen Affektionen zu scheiden, um nicht eine unrichtige Behandlung (Incision oder Amputation) vorzunehmen, da in frühen Stadien, aber auch noch später, die antisyphilitische Therapie die meisten dieser Affektionen zur Heilung bringt.

G. Meyer (Berlin).

---

17. **A. Seibert.** Eine Reform in der künstlichen Säuglingsernährung, nebst einem billigen Sterilisirapparat mit verbesserten Saugflaschen.

(Med. Monatsschrift New York 1890. Februar.)

18. **Schmidt-Mülheim** (Wiesbaden). Vorschläge zur Herstellung künstlicher Muttermilch aus Kuhmilch.

(Centralblatt für allgem. Gesundheitspflege 1889. No. 7 u. 8.)

Seibert spricht sich gegen das Princip der Säuglingsernährung aus, welches zum Maßstab der Verdünnung der Kuhmilch, um dieselbe der Zusammensetzung der Muttermilch ähnlicher zu machen, das Alter des Kindes nimmt. Verf. will die Verdünnung der Milch geregelt wissen nach dem Gewichte des Kindes und zwar soll das Gewicht des Kindes nicht nur bestimmen den Verdünnungsgrad der Milch, sondern auch die Quantität der einzelnen Mahlzeiten, da S. nach seinen Beobachtungen zu einer bestimmten Relation zwischen Körpergewicht einerseits und Verdauungskraft und Kapacität des Magens andererseits gelangt zu sein glaubt.

Verf. hat dann Saugflaschen angegeben mit Marken, welche für den jedesmaligen Wasserzusatz maßgebend sind. Jede Flasche enthält die Quantität einer Mahlzeit für ein Kind von einem bestimmten Gewicht. Die Flaschen werden nach dem Soxhlet'schen Princip sterilisirt. Bezüglich der weiteren Einzelheiten müssen wir auf das Original verweisen.

(Weit davon entfernt, den allgemein üblichen Modus der Säuglingsernährung, welcher die Kuhmilch dem Alter des Kindes entsprechend verdünnt, für den idealen oder auf einer sicheren physiologischen Basis stehend zu erachten, glaube ich jedoch auch nicht, dass jenes Ideal mit dem Verfahren von S. erreicht ist. Ich halte das Grundprincip der S.'schen Ernährungsmethode für falsch; das Körpergewicht an sich kann im Säuglingsalter für die Beurtheilung des Status eines Kindes nicht maßgebend sein, sondern nur die Relation zwischen Körpergewicht und Alter. Ich vermisse ferner in

der S.'schen Arbeit Tabellen über die Gewichtszunahme der nach jenem Princip ernährten Kinder.) —

S.-M. weist nach, dass durch die allgemein übliche Verdünnung der Kuhmilch mit Wasser, Hafer- oder Gerstenschleim der Nährstoffgehalt der so verschnittenen Kuhmilch (4—6%) im Vergleich zu demjenigen der Frauenmilch (11—12%) viel zu gering ist. Der Säugling muss, worauf auch Escherich hinweist, bei künstlicher Ernährung viel größere Flüssigkeitsmengen bewältigen als an der Mutterbrust; denn die so verdünnte Kuhmilch hat einen Trockengehalt von nur 4%, während die Muttermilch einen solchen von 11—12% aufweist. Das Nährstoffverhältnis, d. h. das Verhältnis der stickstoffhaltigen zu den stickstofffreien Bestandtheilen ist in der Frauenmilch 1 : 10, während dasselbe in der verdünnten Kuhmilch 1 : 3 beträgt. Der Nährstoffgehalt des Surrogates der Frauenmilch muss demnach 11 bis 12% betragen und das Nährstoffverhältnis muss den Werth von 1 : 10 haben.

»Eine Nahrung von diesen Eigenschaften erhält man nun sehr einfach, wenn man die Kuhmilch statt mit Wasser mit einer 11—12%igen Milchzuckerlösung versetzt.«

P. Meyer (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

19. **Fuchs.** Beiträge zur Kasuistik des primären Lungencarcinoms.

Inaug.-Diss., Leipzig, 1890.

F. betrachtet nur diejenigen Neubildungen als primäre Lungenkrebse, welche entweder 1) vom Deckepithel der Bronchien, 2) vom Epithel der Schleimdrüsen (Cylinderzellenkrebse), 3) vom Epithel der Alveolen (Plattenepithelkrebse) ausgehen. Wenn man diese Definition festhält, so zeigt es sich, dass der primäre Lungenkrebs thatsächlich zu den seltensten Krankheitsbildern gehört. Verf. unterzieht sodann die in der Litteratur niedergelegten Fälle, bei denen die mikroskopische Untersuchung eine wirklich epitheliale Wucherung als der Neubildung zu Grunde liegend ergab, einer kritischen Besprechung, um sodann über 2 Fälle, die im Institut von Birch-Hirschfeld zur Sektion kamen, zu berichten.

Der klinische Verlauf der Fälle ist nur kurz gezeichnet und bot nichts besonders Bemerkenswerthes. Die histologische und histogenetische Untersuchung, die vom Verf. mit großer Sorgfalt ausgeführt wurde, ergab, dass es sich im ersten Falle um ein Plattenepithelcarcinom handelte, das vom Epithel der Alveolen ausgegangen war, während im zweiten Falle Cylinderzellencarcinom, ausgehend vom Epithel der Schleimdrüsen, vorlag. Bezüglich weiterer Details muss auf das Original verwiesen werden.

M. Cohn (Berlin).

20. **Cones.** Destruction of the gall-bladder.

(Practitioner 1890. Mai.)

Im März 1887 erkrankte der 53jährige Pat. an katarrhalischer Gelbsucht, die in günstiger Weise verlief. Die damals aufgenommene Anamnese ergab, dass Pat. früher noch nie Ikterus gehabt hatte, auch sonst nicht krank gewesen war, abgesehen von einer in Kanada durchgemachten Krankheit, über deren Natur Pat. zuverlässige Angaben nicht machen kann. Nur wurde festgestellt, dass der Appetit und der Drang zum Urinlassen bei Pat. sich in letzter Zeit sehr gesteigert hatte.

Als C. den Pat. im Oktober 1888 sah, war derselbe sehr heruntergekommen, sah kachektisch aus. Er gab an, dass er noch einen Anfall von Ikterus gehabt habe und an häufigen Schmerzen im Epigastrium leide. In der rechten Fossa iliaca fand sich ein kleiner Tumor; in der Lebergegend konnte ein Tumor nicht gefühlt werden; die Leberdämpfung war erheblich verkleinert. Der Magen war nicht erweitert, die Milz nicht vergrößert, im Urin kein Eiweiß, aber reichlich Urate und bisweilen Gallenpigment. Die Fäces waren normal gallig gefärbt. Kein Anasarca oder Ascites.

Pat. nahm langsam aber fortschreitend an Kräften ab; es stellte sich Erbre-

chen ein; das Erbrochene war oft blutig gefärbt. Pat. starb im November 1889 an Entkräftung.

Bei der Sektion fand sich die Leber sehr verkleinert, besonders der linke Lappen. An Stelle der Gallenblase saß ein Tumor, der das Duodenum eingeschlossen hatte und das Lumen desselben bis auf knapp Fingerbreite zusammendrückte. Beim Einschneiden in den Tumor entleerte sich ein wenig eingedickter Eiter. Von den Wänden der Gallenblase konnte keine Spur entdeckt werden, auch fanden sich keine Gallensteine. Die Beziehungen des Tumors zum Ductus hepaticus konnten nicht festgestellt werden, doch muss derselbe passirbar gewesen sein, da die Fäces stets gallig gefärbt waren. Der Pankreaskopf war außerordentlich hart, die Milz etwas vergrößert und kongestionirt. In der rechten Fossa iliaca wurde ein alter perityphlitischer Abscess gefunden, der einen Tumor vorgetäuscht hatte. Alle anderen Organe waren gesund. Mikroskopisch wurde am Lebergewebe nur leichte fettige Degeneration gefunden; der Tumor erwies sich als aus gewöhnlichem fibrösen Gewebe bestehend.

Verf. nimmt an, dass die Zerstörung der Gallenblase durch Entzündung (wahrscheinlich durch Gallensteine hervorgerufen) zu Stande gekommen ist, glaubt aber, dass ein so vollkommener Schwund der Gallenblase bisher nicht beobachtet ist.

M. Cohn (Berlin).

21. **Bertrand.** De la cholérrhagie qui suit l'incision des abcès du foie.

(Revue de méd. 1890. No. 3.)

Den Ausfluss reiner Galle aus Wunden, die zur Eröffnung eines Leberabscesses gesetzt sind, findet B. bisher nur in wenigen Beobachtungen kurz erwähnt, ohne dass von den betreffenden Autoren auf dieses bedeutsame Faktum näher eingegangen würde. Bedeutsam wird der Ausfluss reiner Galle allerdings erst dann, wenn die Entleerung größerer Quantitäten stattfindet. B. giebt die ausführliche Krankengeschichte von 3 solchen Fällen, von denen einer einer eigenen Beobachtung entstammt, zwei aus Thesen von Oroni und Debergue entlehnt sind und knüpft daran einige Bemerkungen über das Zustandekommen dieser Erscheinung, ihre Prognose und eventuelle Therapie.

Die Galle fließt in die Abscesshöhle durch die offen klaffenden Gallengänge, welche die eitrige Zuschmelzung des Lebergewebes zerrissen hat. Diese direkte Verbindung zwischen Gallengängen und Abscesshöhle besteht nicht während der ganzen Entwicklung des Abscesses, daher tritt der Gallenfluss zu verschiedenen Perioden ein. Bleibt der Ausfluss in mäßigen Grenzen, so ist das Ereignis von keiner besonderen Bedeutung. Sobald reichlicher Gallenabfluss eintritt, ist die Prognose außerordentlich trübe, da die meist schon ohnehin ungünstigen Ernährungsverhältnisse der Kranken dann sehr gestört werden. Die Therapie kann meist nicht viel leisten, da die Unterdrückung des Gallenflusses gewöhnlich misslingt, eben so wie der Versuch, durch Überernährung der Kranken den Verlust zu kompensiren.

M. Cohn (Berlin).

22. **Arndt.** Magenerweichung, Magenverschwärung und Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

Eine 43jährige neuro- beziehentlich psychopathische Person wird zweimal im Anschluss an das Ausbleiben der Menses psychisch gestört. Unter den Verhältnissen, welche den Ausbruch beider Tobsuchten vorbereiten halfen, spielen beide Male stärkere psychische Erregungen eine unverkennbare Rolle und das letzte Mal auch noch eine Reihe von Verdauungsbeschwerden, habituelle Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit, Druck und Vollsein im Leibe, Kardialgien, welche, obgleich in geringerem Grade schon seit Langem vorhanden, im letzten halben Jahre jedoch mehr und mehr zugenommen und zu stärkeren Belästigungen geführt hatten. Bei der Sektion fand sich eine chronische Metritis, sämmtliche Falten der großen Curvatur auf ihrer Höhe mit mehr oder minder großen Ekchymosen bedeckt, im Bereich derselben die Schleimhaut stellenweise stärker, stellenweise weniger stark er-

weicht und wie zerfressen, in der Nähe des Pylorus im Umfange eines Fünfmarkstückes fast zerflossen und zu Grunde gegangen. An einigen Stellen der Grund der Defekte mit halb eitrigen Massen bedeckt; eine solche Geschwürsstelle war nach der Leber zu durchgebrochen und hatte sich auf ihr ausgebreitet.

Seifert (Würzburg).

23. **Adenot.** Thrombose de l'artère mésentérique inférieure et gangrène du colon.

(Revue de méd. 1890. No. 3.)

Verf. berichtet zunächst über einen selbst beobachteten Fall von Gangrän des Colon in Folge Thrombose der Art. mesenterica inferior, bespricht dann die diesbezügliche Litteratur und giebt eine Darstellung des Zustandekommens dieser Affektion und ihrer Folgen.

Der Verschluss der Art. mesent. kann in ihrem ganzen Verlaufe vorkommen: an ihrem Ursprunge in der Aorta, in ihren größeren und kleineren Verzweigungen durch Thrombose, Atherom oder Embolie oder auch in den kapillären Endigungen durch Kapillarthrombose oder Embolie. In allen Fällen kann mehr oder weniger ausgebreitete Nekrobiose oder Gangrän die Folge sein. Die Ausdehnung der Gangrän des Darmes richtet sich meist nach dem Sitze des Verschlusses; je höher der Verschluss, desto ausgedehnter die Gangrän. Zum Zustandekommen der Gangrän gehört natürlich noch das Eindringen von Infektionskeimen, das durch den geringeren Widerstand der ihrer Cirkulation beraubten Gewebe erleichtert wird.

M. Cohn (Berlin).

24. **Remak.** Kontraktur bei Tuberkulose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 15.)

Ein 37jähriger Eisendreher mit ausgesprochener Lungen- und Kehlkopftuberkulose leidet seit 1 Jahre an einer immer mehr sich ausbildenden Steifigkeit der Schultermuskulatur. Dabei fehlt eine deutliche Affektion der Schultergelenke. Auffallend sind bei dem Kranken Anfälle von hochgradiger Dyspnoe, welche nur zum Theil auf die Erkrankung der Lungen sich zurückführen lassen und wohl größtentheils auf spastische Erscheinungen in der Athmungsmuskulatur, wie sie auch während der Demonstration sich bemerken ließen, zurückzuführen sind. Die genaueren Befunde an der Muskulatur des Schultergürtels sind folgende: Erhebliche Rigidität der nicht atrophischen Muskeln bei aktiver und passiver Bewegung. Auffallend harte Beschaffenheit der Muskeln, besonders des Deltoideus, Triceps und Biceps. Keine Steigerung in der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, dagegen enorme Steigerung der Sehnenphänomene, welch letztere auch im Bereiche der Nackenmuskeln, der Sternocleidomastoidei und der Masseteren besteht. Dabei fehlt jede eigentliche Lähmungserscheinung in den befallenen Muskeln und im übrigen Körper, die Sensibilität ist überall wohl erhalten, es lässt sich keine ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Nervenstämme nachweisen. Es fehlen Sprach- und Deglutitionsstörungen, so wie jedwede krankhaften Erscheinungen von Seiten der unteren Extremitäten, auch die Pupillen zeigen keine Anomalien. Diese Muskelspannungen mit erhöhten Sehnenreflexen sind als Kontrakturen nervösen Ursprungs aufzufassen und es lässt sich wohl annehmen, dass eine latent verlaufende Neuritis, wie sie Pitres und Vaillard und Oppenheim und Siemerling bei Tuberkulösen nachgewiesen haben, auch in diesem Falle das Bild eines »Strychnismus« (nach Charcot) der vorderen grauen Substanz mit Kontrakturen hervorgerufen hat.

A. Cramer (Eberswalde).

25. **Tölken.** Beobachtungen über hysterische Kontrakturen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft.)

T. bringt uns die interessante Beobachtung, dass hysterische Kontrakturen in einer größeren Anzahl von Fällen gleichzeitig und sehr hartnäckig auftraten. Er machte diese Erfahrungen in einem mit etwa 150 8—16jährigen Kindern belegten Waisenhause, wo er auch früher schon Epidemien von hysterischen Konvulsionen und hysterischem Erbrechen beobachten konnte. Meist handelte es sich

um Kontrakturen im Hüftgelenk, aber auch solche im Ellbogengelenk und solche der Wirbelsäule wurden beobachtet. Sehr bemerkenswerth ist die eingeschlagene und stets mit Erfolg gekrönte Therapie. Während die Kontrakturen, welche auch im Schlaf nicht zurückgingen, den gebräuchlicheren therapeutischen Versuchen spotteten, gingen sie stets zurück, wenn die durch Chloroformnarkose erzwungene Streckung durch einen Gipsverband fixirt und längere Zeit erhalten wurde. Nach Abnahme des Gipsverbandes kehrte die Kontraktur meist nicht wieder; trat aber nach längerer Zeit ein Recidiv auf, so ließ sich dieselbe rasch und dauernd durch einen neuen Verband beseitigen. **A. Cramer** (Eberswalde).

26. **Lemoine** et **Lemaire.** Étude clinique et séméiologique du Paramyoclonus multiplex.

(Revue de méd. 1889. No. 12. 1890. No. 2.)

In einer außerordentlich eingehenden und wohl die gesammte einschlägige Litteratur berücksichtigenden Arbeit haben die Verff. unsere gesammten Kenntnisse des von Friedreich eingeführten Krankheitsbildes zusammengestellt. Neben der kurzen Rekapitulation der von anderen Autoren beschriebenen Krankheitsfälle haben sie auch zwei neue eigene Beobachtungen von Paramyoclonus beschrieben, auf deren Wiedergabe Ref. verzichtet, da sie von ihren typischen Vorgängerinnen kaum abweichen. So verdienstvoll und mühereich diese Zusammenstellung nun ist, so muss doch hervorgehoben werden, dass sie im Grunde kaum ein wesentliches neues Moment enthält. Es würde den Rahmen eines Referates bei Weitem überschreiten, wenn wir den Inhalt hier näher wiedergeben wollten. Es ist dieses auch um so weniger nöthig, als eine andere in demselben Jahrgang der Revue de méd. erschienene Arbeit von Vanlair, deren Inhalt sich zum Theil mit der vorliegenden Schrift deckt, in dieser Zeitschrift ausführlich referirt worden ist (cf. Jahrgang X p. 605). **A. Neisser** (Berlin).

27. **Variot.** Un cas d'hémimélie.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 13.)

Die Phocomelie betrifft eine Missgeburt, bei welcher ein Glied in allen seinen Verhältnissen bedeutend verkleinert ist; bei der Ectromelie fehlt das Glied beinahe vollkommen oder ist nur durch einen kurzen Stummel dargestellt. Die Hemimelie steht in der Mitte zwischen diesen beiden Entwicklungshemmungen: nur ein Theil des Gliedes ist in der Entwicklung zurückgeblieben. Im betr. Falle handelte es sich um Missbildung des linken Armes eines 3jährigen Kindes, alle anderen Extremitäten waren gut entwickelt. Das Kind hatte eine für sein Alter mittlere Entwicklung, äußerlich und innerlich keine andere Missbildung. Es starb an einer Infektionskrankheit. Über die Anamnese der Familie konnte nichts ermittelt werden. Oberarm und Schulter linkerseits sind normal, bei Besichtigung auch das Ellbogengelenk. Der Vorderarm scheint an der Vereinigungsstelle der beiden unteren Drittel mit dem oberen amputirt zu sein. Am Ende des Stumpfes ist eine halbzirkelförmige Hautfalte vorhanden, als wenn zwei Lappen durch Narbenbildung mit einander verheilt wären. Nach außen von der Falte liegen zwei kleine, runde, gestielte Hautknoten, zwischen ihnen noch zwei andere. Die Haut ist hier überall gesund und von normaler Farbe. Bei Betastung des Stumpfes fühlt man zwei scharf abgeschnittene Knochenenden, entsprechend Radius und Ulna. Beide reichen bis zum Ellbogen, dessen Gelenk scheinbar normal ist. Im Leben waren hier Bewegungen gut ausführbar. Cirkuläre Falten sind auch an den großen Zehen und am Oberschenkel vorhanden. Wahrscheinlich besteht hier also eine embryonale umschriebene Sklerodermie. Jene vier Knoten sind Ansätze von nicht fertig entwickelten Fingern. Läge hier eine kongenitale Amputation vor, so wäre die Erklärung einer solchen Entwicklung auf einer Haut, die nichts mit der Hand zu thun hat, schwierig. Zu bemerken ist noch, dass im Gehirn nichts Bemerkenswerthes gefunden wurde. Die Untersuchung des Rückenmarkes steht noch aus.

G. Meyer (Berlin).

28. **R. Beneke.** Zwei Fälle von multiplen Hirnhernien.
(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 1.)

I. 33jähriger Mann. Vom 25. Lebensjahre an in Intervallen auftretende linksseitige Krämpfe. Stirnkopfschmerzen. Allmähliches Abnehmen der Sensibilität und Motilität links, der Sehkraft beiderseits. Schließlich völlige Amaurose. Kein Schwindel oder Erbrechen. Allmähliche Entwicklung einer weichen Stelle an der rechten Schläfe. Status: Apfelgroßer Tumor am rechten Schläfenbein; Schädeldach darüber verdünnt, knitternd, deutlich fühlbare Pulsation. Pupillen weit, reaktionslos. Facialis rechts wenig, Trigeminus rechts stark beeinträchtigt. Linker Arm geschwächt, Tastgefühl aufgehoben. Linkes Bein schwach. Opticusatrophie beiderseits. Bewusstsein intakt. Verlauf: Im Laufe der 2jährigen Spitalbehandlung wechselten klonische und tonische Krämpfe einzelner resp. der gesammten Körpermuskeln ab. Anfälle von Bewusstlosigkeit. Starke Kopfschmerzen. Reflexe und Sensibilität schwankend. Interkurrirende eigenthümliche Erkrankung mit hohen Temperatursteigerungen und unregelmäßigen Remissionen, abnormen Sensationen am ganzen Körper. Tod unter zunehmender Benommenheit.

Sektion: Schädel in der rechten Scheitelbeingegend stark kugelig vorgewölbt. Knochengerüst dort netzartig angeordnet, derb, großmaschig; Gehirn und Knochen verwachsen. Der an dieser Stelle befindliche Tumor ist von hirnartiger Beschaffenheit. Rechter Schläfenlappen stark komprimirt. Das ganze Gehirn leicht abgeplattet. Auf der äußeren Fläche der Dura mater basalis sehr zahlreiche bis über erbsengroße Tumoren; jedem Tumor entspricht eine Grube im Schädel; meist sind die Tumoren mit Gehirnmasse identisch.

II. 36jähriger Mann. Vor 2 Jahren Schwindelanfälle. 1 Jahr später Verschlechterung des Sehvermögens, zunehmende Hinterkopfschmerzen. Bettruhe, weil Pat. beim Stehen schwindlig wird. Status: zunehmende Apathie. Beiderseitige Stauungspapille. Andauernd Erbrechen. Heftige Kopfschmerzen. Oft Zuckungen in den Extremitäten, besonders im rechten Arm. Totale Amaurose. Muskelsinn aufgehoben. Kopf zeitweise nach links gedreht. Starke Hyperästhesie. Motilität frei. Benommenheit. Tod.

Sektion: In der Mittellinie an beiden Scheitelbeinen und an der Basis eine Anzahl Löcher im Knochen, denen im Inneren Perforationen entsprechen. Viele Gruben im Inneren. Durch die Dura drängen sich in diese Gruben und Löcher Gebirnmassen. Hydrocephalus internus. Am Eingang des Infundibulum erbsengroße, graurothe, weiche Geschwulst, eine eben solche größere im 4. Ventrikel.

Mikroskopisch erwies sich die große Geschwulst im Fall I als ein Gliom, im Fall II als ein Papillom. Durch die Erhöhung des intrakraniellen Druckes kam die eigenartige hernienartige Auspressung der Hirnrindenmassen in die Dura und durch diese hindurch in den Schädel hinein zu Stande. Die histologische Zusammensetzung dieser Massen bestand aus deutlichen Hirnrindentheilen in allen Stadien des Zerfalls. B. hält diese Hernien für Pacchioni'sche Granulationen, deren Räume mit Hirntrümmern statt mit Cerebrospinalflüssigkeit gefüllt waren. **A. Neisser** (Berlin).

29. **Schulz** (Riga). Vergiftung durch Kloakengas.
(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Eine Frau, welche ca. 2 Tage in einer Senkgrube zugebracht hatte, wurde moribund in das Krankenhaus gebracht, woselbst der Tod alsbald eintrat. Verf. ist der Ansicht, dass der Tod an einer das Athmungscentrum lähmenden Vergiftung durch H_2S erfolgt ist. **Peiper** (Greifswald).

Hierdurch die Mittheilung, dass in letzter Zeit wiederholentlich Sendungen an mich verspätet wegen irrthümlicher Wohnungsangabe gelangt sind und bitte ich auf untenstehende Adresse genau zu achten!

Prof. A. Fraenkel, Berlin S., Städt. Krankenhaus am Urban.

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: **Medicinischer Anzeiger.**

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 46. **Sonnabend, den 15. November.** **1890.**

Inhalt: **G. Leuch**, Über die Ausscheidung von Jod- und Salicylpräparaten in Exsudate und Transsudate. (Original-Mittheilung.)

1. **Nothnagel**, Anpassungen und Ausgleichungen bei pathologischen Zuständen. — 2. **Enderlen**, Durchtritt von Milzbrandsporen durch die Lungenoberfläche des Schafes. — 3. **Hirschler** und **Terray**, Ätiologie des Lungenbrandes. — 4., 5. **Netter**, 6. **Catrin**, Ätiologie und Behandlung der Empyeme.

7. **Netter**, Pneumokokken bei chirurgischer Meningitis. — 8. **Prior**, 9. **Bein**, 10. **Jolles**, Bakteriologie der Influenza. — 11. **Büben**, Kontagiosität der Influenza. — 12. **Rouvier**, 13. **Kartulis**, Dengue und Influenza. — 14. **Huber**, Lungensarkom. — 15. **Landgraf**, Tracheo- und Bronchostenosen. — 16. **Laker**, Akute Retronasalaffektion mit typhoiden Erscheinungen. — 17. **Maragliano**, Verhalten der Gefäße im Fieber und bei Antipyrese. — 18. **Havelburg**, Städtedesinfektion in Rio.

Bücher-Anzeigen: 19. **S. Guttmann**, Börner's Reichsmedicinalkalender für 1891. — 20. **Graf**, Das ärztliche Vereinswesen. — 21. **Vierordt**, Abriss der Perkussion und Auskultation. — 22. **Moure**, Krankheiten des Kehlkopfes. — 23. **Killian**, Die Untersuchung der hinteren Larynxwand.

(Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Eichhorst in Zürich.)

Über die Ausscheidung von Jod- und Salicylpräparaten in Exsudate und Transsudate.

Von

Dr. med. **Gottfried Leuch**,
Sekundararzt der medicinischen Klinik.

In der Berliner klin. Wochenschrift No. 36 und 37 d. J. veröffentlichten Prof. Rosenbach und Assistenzarzt Pohl eine Arbeit über »das antagonistische Verhalten der Jod- und Salicylpräparate bezüglich der Ausscheidung in Gelenke, Exsudate und Transsudate«. Unter anderen Schlüssen kommen die beiden genannten Autoren auf Grund ihrer Versuche auch zu dem Satze, »dass Jodpräparate in der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus, so wie bei der Therapie

der serösen und eitrigen Entzündung der Pleura und des Peritoneums absolut unwirksame Mittel sind, da sie nicht an den Ort der Affektion gelangen«.

Auf Veranlassung meines hochverehrten Lehrers und Vorgesetzten, Herrn Prof. Eichhorst, unternahm ich es alsbald, diesen Rosenbach'schen Satz auf Grund eigener Versuche auf seine Richtigkeit zu prüfen. Hier will ich schon zum Voraus bemerken, dass ich mich Rosenbach nicht anschließen kann, wenn er behauptet, dass Jodpräparate im Gegensatz zu den Salicylpräparaten nie in seröse Exsudate übergehen, wenn diese Mittel per os gereicht werden. Bevor ich eine kurze Darstellung der gemachten Versuche und ihrer Resultate, welche die Unhaltbarkeit des oben angeführten Satzes darthun, gebe, will ich in aller Kürze anführen, in welcher Weise auf Jod und Salicyl geprüft wurde.

Die Untersuchung auf das letztere Mittel wurde in der bekannten Art folgendermaßen gemacht: Ausschütteln der zu untersuchenden Flüssigkeit mit Chloroform, Verdampfen der Chloroformlösung, Versetzen des Rückstandes mit verdünnter Eisenchloridlösung, violette Färbung.

Auf Jod wurde untersucht, indem man etwa 50 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit mit Soda versetzt und abdampft, den Rückstand ausglüht und die Asche nach Zusatz von Salpetersäure auf Stärkefärbung, Schwefelkohlenstofffärbung und Chloroformfärbung prüft. Enthält die Asche Jod, so färbt sie, mit Salpetersäure versetzt, die Stärke bekanntermaßen blau, Chloroform und Schwefelkohlenstoff dagegen werden von ihr bei Anwesenheit von Jod violett gefärbt. Konnte Jod nachgewiesen werden, so wurde in unseren Versuchen nur eine der oben angeführten Reaktionen ausgeführt, ergab dagegen die eine Jodreaktion ein negatives Resultat, so wurden stets zur Kontrolle auch noch die beiden anderen gemacht; in allen Fällen stimmten die drei in ihren Ergebnissen mit einander überein.

Fall I.

J. H., 34 Jahre alt, an ausgedehnter Lungentuberkulose, seröser rechtsseitiger Pleuritis und tuberkulöser seröser Peritonitis leidend, erhielt während der letzten 3 Tage ante finem pro die 3,0 Natr. salicyl. und 2,5 Kal. jodat. in Lösung per os. Die von Herrn Dr. Bondzynski, dem chemischen Assistenten unserer Klinik, vorgenommene Untersuchung der bei der Sektion aufgefangenen pleuralen und peritonealen Flüssigkeiten ergab das folgende Resultat:

1) Pleurale Flüssigkeit:
Specifisches Gewicht 1017,7,
Eiweißgehalt 3,484%,
Jod deutlich nachgewiesen.
Salicyl » »

2) Peritoneale Flüssigkeit.
Specifisches Gewicht 1019,
Eiweißgehalt 3,556%,
Salicyl deutlich nachgewiesen,
Jod Spuren nachgewiesen.

Fall II.

W. St., ein 30jähriger Schmied mit nicht bacillärer linksseitiger seröser Pleuritis wird, nachdem er innerhalb 12 Tagen 12,0 Natr. salicyl. und 15,0 Kal. jodat. in Lösung innerlich genommen hatte, am 13. Tage punktirt. Die Punktionsflüssigkeit zeigte folgende Beschaffenheit:

Specifisches Gewicht 1021,5,
Eiweißgehalt 4,954%,
Jod nicht nachgewiesen,
Salicyl deutlich nachweisbar.

Eine abermalige Punktion nach einer Woche förderte eine Flüssigkeit zu Tage, die betreffs Jod und Salicyl dasselbe Resultat lieferte wie die Flüssigkeit der vorhergehenden Punktion.

Fall III.

H. M., 64 Jahre alt, Schuhmacher, leidet an rechtsseitiger seröser nicht bacillärer Pleuritis. Eine nach Einnahme von 4,0 Natr. salicyl. und 5,0 Jodkali in Lösung am folgenden Morgen ausgeführte Punktion ergab Serum mit:

Specifisches Gewicht 1020,
Eiweißgehalt 4,007%,
Jod deutlich nachgewiesen.
Salicyl » »

Fall IV.

H. G., ein 40jähriger Landwirth mit chronisch parenchymatöser Nephritis, Ascites, doppelseitigem Hydrothorax und Anasarca der Beine und Genitalien erhielt vom 17. September an täglich 1,0 Natr. salicyl. und 1,5 Kali jodat. in Solution. Am 24. September wurden an die unteren Extremitäten 4 Southey'sche Kanülen applicirt und ergab die im Laufe von 24 Stunden ausgeflossene Flüssigkeit folgendes Resultat:

	Linker Unterschenkel	Linker Oberschenkel
Menge	1470 ccm	1890 ccm
Specifisches Gewicht	1008	1008
Eiweißgehalt	0,14%	0,1185%
Jod	deutlich nachgewiesen	deutlich nachgewiesen
Salicyl	» »	» »
	Rechter Unterschenkel	**Rechter Oberschenkel**
Menge	774 ccm	1244 ccm
Specifisches Gewicht	1008	1007,8
Eiweißgehalt	0,152%	0,104%
Jod	deutlich nachgewiesen	deutlich nachgewiesen
Salicyl	» »	» »

Wenige Tage später gab die Autopsie Gelegenheit, die intra vitam gestellte Diagnose bestätigt zu sehen.

Fall V.

Frau A. M., 61 Jahre alt, an miliarer Tuberkulose leidend mit tuberkulöser doppelseitiger Pleuritis und Peritonitis, erhielt in den letzten 4 Tagen ante mortem 8,0 Natr. salicyl. und 7,5 Jodkali in Lösung. Die Untersuchung der bei der Autopsie aufgefangenen Pleural- und Peritonealflüssigkeit ergab:

	Pleurales Fluidum	Peritoneales Fluidum
Specifisches Gewicht	1018	1021,3
Eiweißgehalt	2,915%	3,254%
Jod	deutlich nachgewiesen	deutlich nachgewiesen
Salicyl	» »	» »

Fall VI.

G. D., 61 Jahre alt, Glaser, mit nicht bacillärer linksseitiger seröser Pleuritis, wird am 23. Oktober, nachdem er Tags zuvor noch 3,0 Natr. salicyl.

und 5,0 Kal. jodat. in Lösung per os erhalten hatte, punktirt; die Untersuchung der Punktionsflüssigkeit ergab:

Specifisches Gewicht 1015,1,
Eiweißgehalt 3,22%,
Jod deutlich nachgewiesen,
Salicyl » »

Sämmtliche Punktionen wurden mit dem Fürbringer'schen Flaschenapparat[1] ausgeführt; nur konnte dabei aus leicht ersichtlichen Gründen keine Salicylsäurelösung verwendet werden; an ihrer Stelle bedienten wir uns zum Bedecken des Flaschenbodens bis zum Eintauchen der Ausflussröhre destillirten Wassers. Eine weitere Modifikation bestand darin, dass wir nahe dem Boden der Flasche einen Hahn anbringen ließen, der nach vollendeter Punktion das Abfließenlassen der Flüssigkeit gestattet, ohne dass diese mit dem destillirten Wasser vermischt zu werden braucht.

Fall VII.

E. H., 42 Jahre alt, Cementier, mit primärer rechtsseitiger hämorrhagischer Pleuritis. Die Untersuchung der durch Probepunktion gewonnenen wenigen Tropfen des hämorrhagischen Exsudates geschah in der folgenden Weise: Die Flüssigkeit wurde mit Soda versetzt, verdampft, der Trockenrückstand ausgeglüht, die Asche auf Jod untersucht. Mit bloßem Auge war keine Stärkefärbung sichtbar, unter dem Mikroskop aber konnte man deutlich einige gefärbte Stärkekörner erkennen; eben so konnte auf einer weißen Unterlage eine schwache aber doch deutliche Färbung des Chloroform, demnach Jod nachgewiesen werden.

Und nun das Facit aus unseren Untersuchungen:

Bei 5 Pat. (I, III, V, VI, VII) konnten wir Jod entweder in peritonitischen oder pleuritischen oder in beiderlei Arten von Exsudaten nachweisen, nur in einem einzigen Falle (II) gelang uns dies nicht, und zwar in der Flüssigkeit der erstmaligen Punktion eben so wenig wie in derjenigen der zweiten. Auf Grund dieser Ergebnisse glauben wir nun vollkommen berechtigt zu sein, gegen die Behauptung Rosenbach's und Pohl's, dass Jodpräparate, innerlich gereicht, nicht in seröse Exsudate übergehen, begründeten Zweifel hegen zu dürfen. Allerdings beweisen auch unsere Versuche nicht mehr als dies; einen anderen Schluss, etwa den, dass Jodpräparate immer in seröse Exsudate übergehen, aus ihnen zu ziehen, ist unmöglich, da in erster Linie unsere Versuchsreihe noch eine allzu geringe Anzahl von Fällen umfasst und in zweiter Linie der Fall II einen solchen Schluss direkt verbietet. Welches der Grund dieses fast diametralen Gegensatzes zwischen Rosenbach's und unseren Untersuchungen ist, ist uns nicht ersichtlich, da die Art der Prüfung auf Jod kaum die Schuld an dieser Verschiedenheit wird tragen können; immerhin wäre es aber doch sehr wünschenswerth gewesen, wenn Rosenbach und Pohl ihre Methoden, wie sie auf Jod untersuchten, in ihren Mittheilungen angeführt hätten.

Ferner soll nach Rosenbach und Pohl ein fundamentaler Unterschied zwischen Jod- und Salicylpräparaten darin bestehen, dass

---

[1] Ausführlich beschrieben in Eichhorst, Spec. Pathologie u. Therapie 1890. Bd. I. p. 595.

erstere nie, letztere dagegen in allen Exsudaten der serösen Höhlen bei innerlicher Darreichung nachgewiesen werden können. Auch dem müssen wir auf Grund unserer Untersuchungsergebnisse widersprechen, und glauben wir mit voller Berechtigung behaupten zu dürfen, dass ein solcher Unterschied zwischen den beiden Mitteln nicht existirt. Denn während uns der Nachweis des Salicyl in jedem Falle, mit Ausnahme No. 7, wo wir zu wenig Punktionsflüssigkeit erhielten, gelang, ergab die Untersuchung auf Jod nur bei dem Kranken II ein negatives Resultat. Ohne Zwang lässt sich sogar aus unseren Versuchen in dem Verhalten der Jod- und Salicylpräparate betreffs ihrer Ausscheidung in Exsudate bei innerlicher Anwendung, eine Ähnlichkeit, aber kein Gegensatz, herauserkennen.

Unsere Untersuchungen über das Verhalten der innerlich gereichten Jod- und Salicylpräparate betreffs ihrer Ausscheidung in Transsudate haben die Rosenbach'sche Behauptung, dass sie in alle Transsudate ausgeschieden werden, vollkommen bestätigt, in so fern es gestattet ist, aus dem einzigen Falle No. IV einen solchen Schluss allgemeiner Natur zu ziehen. Auch den Satz, dass nach der Einverleibung von Salicyl per rectum im Magensaft Salicyl nachgewiesen werden könne, müssen wir auf Grund zahlreicher angestellter bezüglicher Versuche wie Rosenbach und Pohl auf das entschiedenste bestreiten.

In eine andere Behauptung der genannten Autoren dagegen glauben wir wieder gerechte Zweifel setzen zu dürfen. Es betrifft dies einen Schluss, den sie aus ihren Untersuchungen gezogen haben. Trotz aller klinischen Erfahrungen behaupten sie nämlich, dass Jodpräparate in der Behandlung des akuten Gelenkrheumatismus, so wie der serösen Pleuritis und Peritonitis vollständig werthlos seien, da sie nicht an den Locus affectus gelangen. In den Exsudaten der letzteren beiden Krankheiten konnten wir Jod direkt nachweisen und kann daher dieses Mittel bei ihrer innerlichen Behandlung nicht so einfach auf die Seite geschoben und zum alten Eisen geworfen werden; etwas anders dagegen verhält es sich mit dem akuten Gelenkrheumatismus. Hier kann sich unsere Opposition nicht auf Untersuchungen stützen, da uns hierzu ein geeignetes Krankenmaterial fehlte; dagegen glauben wir einigermaßen berechtigt zu sein, auf Grund eines Analogieschlusses dem Rosenbach'schen Satze nicht beipflichten zu müssen. Wir haben gefunden, dass Jod in Exsudate der serösen Räume sowohl der Pleuren wie des Peritoneum abgeschieden wird; warum sollte dies nun nicht auch in entzündliche Ausscheidungen der Gelenkhöhlen geschehen können? Bis jetzt haben wir noch keinen Grund gefunden von dieser Ansicht abzukommen. Selbstverständlich werden wir es uns aber sehr angelegen sein lassen, diese Verhältnisse, sobald uns ein geeignetes Krankenmaterial zur Verfügung steht, eingehend einer experimentellen Prüfung zu unterziehen; sollte sich dahei unsere Ansicht

wider alles Erwarten nicht bestätigen, so werden wir nicht anstehen, uns sofort zu korrigiren.

Sicherlich wäre es sehr schön gewesen, wenn der Satz Rosenbach's, in zweifelhaften Fällen aus der An- oder Abwesenheit von Jod auf ein Trans- oder Exsudat schließen zu dürfen, Gültigkeit beanspruchen könnte, denn damit wäre ein Weg gefunden, um in relativ einfacher Art die oft äußerst schwierige Differentialdiagnose zwischen Ex- und Transsudat mit Sicherheit stellen zu können. Leider müssen wir aber, gestützt auf unsere Untersuchungen, diesen Rosenbach'schen Vorschlag bekämpfen, da wir einen solchen Unterschied, wie ihn Rosenbach glaubt gefunden zu haben, zwischen Exsudaten und Transsudaten nicht konstatiren konnten.

Dass wir mit diesen Mittheilungen unsere Untersuchungen über diesen Gegenstand selbstverständlich noch nicht abgeschlossen haben, braucht wohl kaum erwähnt zu werden; eben so wenig, dass wir, sobald uns eine größere Reihe von Untersuchungen zur Verfügung steht, über die Resultate derselben nicht stillschweigend hinweggehen werden.

---

1. **Nothnagel.** Über Anpassungen und Ausgleichungen bei pathologischen Zuständen. Die physiologische Reservekraft.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft.)

Es ist eine namentlich durch N. bekannte Thatsache, dass pathologische Zustände, sowohl akut verlaufende als auch chronich auftretende, in ihren schädlichen Konsequenzen öfters ausgeglichen werden, ohne dass irgend welche gewebliche und anatomische Veränderungen dabei entstehen; es kann die Ausgleichung eine so vollkommene sein, dass auf den ersten Blick gar keine Erscheinung die Gegenwart der schweren Störung verräth. Wenn nun auch diese Thatsache erst an einer beschränkten Gruppe von Fällen in überzeugender Klarheit auftritt, so weist doch Alles darauf hin, zumal das Vorhandensein dieser Thatsache an ganz verschiedenen Organen, an funktionell durchaus differenten Geweben und Zellen, dass diese Erscheinung auch bei denjenigen Gruppen vorhanden ist, bei welchen sie noch nicht direkt nachgewiesen und studirt ist. Die in Rede stehende Thatsache ist die, dass im gesunden Zustande, unter physiologischen Verhältnissen die Organe, Gewebe und Zellen nicht mit dem Maximum ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten, sie können eine bedeutend höhere Kraftentfaltung liefern, als diejenige ist, welche beim normalen Ablauf der vitalen Vorgänge in die Erscheinung tritt, gerade so, als wie bei einer Dampfmaschine für den Gebrauch nicht das Maximum ihrer Leistungsfähigkeit in Anspruch genommen wird. Eine Fülle von Thatsachen, von denen hervorstechende Beispiele aus der Gruppe Muskelgewebe, Drüsengewebe, Nervensystem, Blut resp. Blutzellen beschrieben sind, erhärten den Satz, dass bei gleichbleibender Masse und Beschaffenheit des funktionellen Gewebes mit

der Zunahme des funktionellen Reizes — bis zu einer gewissen maximalen Grenze — eine ganz außerordentliche Steigerung der Leistung möglich ist. Von der Reizschwelle bis zur äußersten Grenze des Reizes, auf welche noch eine funktionelle Reaktion erfolgt, ist ein sehr großer Abstand. Dieses Verhalten nennt N. physiologische Accommodationsfähigkeit; mit »Reservekraft« ist gemeint diejenige Leistung auf eine ungewöhnliche Steigerung der Reize hin, welche eine Steigerung der Funktion der Organe und Gewebe über die im gewöhnlichen Zustande nur mittlere Kraftentfaltung hinaus darstellt.

Die Untersuchungen gipfeln in den für die Pathologie wichtigen Sätzen:

1) Die funktionellen Gewebe und Zellen sind in der Norm des gesunden Lebens nur mit einer gewissen Summe ihrer Leistungsfähigkeit thätig; sie besitzen eine bedeutende physiologische Accommodationsfähigkeit und Reservekraft.

2) Diese Reservekraft kann bei pathologischen Zuständen das Mittel der Ausgleichung, der Überwindung derselben werden.

3) Dies tritt dann ein, wenn der pathologische Zustand derartig ist, dass er eine Steigerung der adäquaten, physiologischen Reize für das Gewebe bezw. Organ bedingt. **Prior** (Köln).

---

2. **E. Enderlen.** Über den Durchtritt von Milzbrandsporen durch die intakte Lungenoberfläche des Schafes. (Aus dem pathologischen Institut zu München.)

(Deutsche Zeitschrift für Thiermedicin und vergl. Pathologie Bd. XV. p. 50.)

Versuche mit Einathmung von in destillirtem Wasser suspendirten und zerstäubten Milzbrandsporen ergaben bei 4 Schafen Infektion mit Milzbrand von der Lunge aus. Dabei erschienen die Lungen normal, oder boten nur einzelne hämorrhagische (von dem Verf. als »karbunkelähnliche Lokalisationen« gedeutete) Herde. Kontrollthiere, welche mit einer mindestens gleichen Menge von Sporen als zur Einathmung gedient hatte, gefüttert wurden, blieben gesund. Da demnach die Einathmung von Milzbrand sich als viel gefährlicher wie die Fütterung erweist, schließt der Verff., dass manche Fälle von spontanem Milzbrand bei Weidethieren durch Einathmung zu erklären sind, namentlich dann, wenn bei einer Sektion weder Darmherde, noch Hautkarbunkel gefunden werden.

F. Neelsen (Dresden).

---

3. **A. Hirschler** und **P. Terray.** Untersuchungen über die Ätiologie des Lungenbrandes.

(Wiener med. Presse 1890. No. 18 u. 19.)

Im Sputum von Lungengangrän sind bereits die verschiedenartigsten Mikroorganismen nachgewiesen worden. In den von H. und T. untersuchten Fällen gelang es außer den bereits bekannten Arten (Staphyloc. pyog. aur., alb., citreus, cereus albus, Bac. pyo-

cyaneus, Microc. tetrag.) einen Micrococcus konstant nachzuweisen, der auf Gelatine, Agar, Blutserum gut wächst, auf der Oberfläche der Gelatine grauweiße Auflagerungen bildet, die nach 8—10 Tagen durch radiäre Theilung ein kleeblattförmiges Äußere gewinnen. Auf allen Nährsubstanzen entwickelt sich schon frühzeitig in dem gangränösen Sputum vollkommen gleicher, sehr intensiver Geruch, der an die durch die Bakterien producirten Fäulnisprodukte gebunden war, wie auch aus dem Auffinden der Zersetzungsprodukte des Eiweißes in den Kulturen hervorgeht. Die Mikrokokken sind in allen möglichen Anilinfarbstoffen färbbar.

Das Ergebnis der Thierversuche (Kaninchen) war, dass der Micrococcus sowohl von der Blutbahn aus als in lokaler Wirkung auf Pleura, Lungengewebe, Schleimhaut der Luftwege pathogen ist. Von der Blutbahn aus sich mehr in Allgemeinerscheinungen äußernd (Fieber), ruft er auf der Schleimhaut der Luftwege und Pleura heftige Entzündung, im Lungengewebe circumscripte Nekrose hervor.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss antiseptischer Mittel auf diesen Mikroorganismus zeigten, dass am stärksten Sublimat, dann Karbol und Eucalyptus, dann Terpentinöl, weiter Menthol, Myrrthol und Alkohol wirkten. **Leubuscher** (Jena).

---

4. **Netter.** Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostie et le traitement des pleurésies purulentes.

(Extr. des Bullet. et mémoires de la soc. méd. des hôpitaux de Paris. Séance du 16. Mai 1890.)

5. Derselbe. Présence du bacille encapsulé de Friedlaender dans l'exsudat de deux pleurésies purulentes etc.

(Ibid. Séance du 30. Mai.)

109 Fälle eigener Beobachtung geben N. Veranlassung zu untersuchen, wie sich je nach dem bakteriologischen Befund Prognose und Therapie der eitrigen Pleuritis stellen. Die sehr vollständige bakteriologische Untersuchung konstatirte folgende Bakterien (meist in Reinkultur):

Pneumoniekokken, Streptoc. pyog., Staphyloc. pyog., Tuberkelbacillen, Friedländer's Pneumoniebacillus (2mal), Micrococcus tetragonus (1mal), dem Typhusbacillus ähnlicher Bacillus (1mal), Leptothrix buccalis, diverse Bacillen und Spirillen. Die Staphylokokken fanden sich selten allein, gewöhnlich vermischt mit dem Streptococcus, dem Pneumoniecoccus oder dem Tuberkelbacillus. Sehr selten sind die Staphylokokken, gewöhnlich vielmehr die letzteren, nach N., die Ursache der eitrigen Pleuritis; ist der Staphylococcus ausschließlich vorhanden, so ist die Pleuritis tuberkulöser Natur.

Es fanden sich Streptokokken 51, Pneumoniekokken 32, Fäulnisorganismen 15, Tuberkelbacillen 12mal, keine Bakterien 6mal. Die Häufigkeit der Befunde, mit Berücksichtigung des Alters, wird in

Diagrammen vor Augen geführt. Es fand sich der Pneumoniecoccus in 26,7% (mit Streptococcus in 2,8), der Streptococcus (allein) in 44, die Staphylokokken in 1,8% — Zahlen, die, abgesehen von der Häufigkeit des letzteren Coccus, mit denen anderer Autoren gut übereinstimmen.

Die Streptokokkenerkrankungen traten im Verlauf von Krankheiten der Athmungs-, der Verdauungs-, der Geschlechtsorgane, so wie des Ohres auf. Die Pneumokokkenpleuritis war 20mal primär, 10mal folgte sie einer Pneumonie, 1mal einer Bronchopneumonie, 1mal einer Otitis. Bei der putriden Pleuritis ließ sich fast immer Lungengangrän nachweisen. Wahrscheinlich geht überhaupt jeder eitrigen Bauchfellentzündung eine Lungenläsion voraus.

Es fand sich bei den Kindern (28 Fälle) der Pneumoniecoccus in 53,6% (zusammen mit Streptococcus in 3,6%), der Streptococcus in 17,8% der Fälle, während das Empyem der Erwachsenen (81 Fälle) durch den Pneumoniecoccus nur in 17,3% (zusammen mit Streptococcus in 2,5%), hingegen durch den Streptococcus in 53% (außerdem durch den Staphylococcus in 1,2, durch Tuberkulose und Fäulnis in 20%) veranlasst war.

Für die Pneumokokkenpleuritis empfiehlt N. von Neuem, durch seine Erfahrungen, speciell 4 Heilungen bei Erwachsenen ermuthigt, wiederholte Punktion — es sei denn, dass das Exsudat, wie nicht selten, abgesackt ist oder sich nach der Punktion schnell erneuert. Unter letzteren Verhältnissen macht er Thorakotomie (ohne Ausspülungen).

Die Streptokokkenpleuritis heilt zwar ebenfalls nicht ganz selten spontan oder nach Punktion; da es aber nicht möglich ist, die Lebensenergie und Virulenz der Streptokokken bakteriologisch genügend zu erkennen, so macht N. der Regel nach die Thorakotomie und schließt hieran eine Ausspülung mit Sublimat (1 : 2000) und Nachspülung mit mindestens der doppelten Menge gekochten Wassers.

Für die putride Pleuritis, die in 13,7% (bei Erwachsenen 14,8, bei Kindern 10,7%) vorkam, wird das gleiche Verfahren empfohlen.

Unter den tuberkulösen eitrigen Pleuritiden versteht N. die mit Pleuratuberkulose verbundene pleuritische Eiterung — gegenüber den aus anderen Ursachen bei Tuberkulose auftretenden Empyemen, welche nach Radikaloperation heilen können. Bei den ersteren begnügt sich N. mit Punktionen.

Es sind in die Arbeit einige interessante Krankengeschichten eingestreut, z. B. ein Fall von tuberkulösem Pyopneumothorax, der 7mal punktirt und zeitweise arbeitsfähig, jetzt seit 9 Jahren in Beobachtung steht. —

In einem Pneumothorax, welcher durch Perforation einer phthisischen Kaverne entstanden war, fand sich neben dem Staphylococcus pyog. aureus und albus der Friedländer'sche Bacillus. Ein anderes, umschriebenes Empyem mit sehr viscösem Eiter, das durch Durchbruch in die Lunge zur Heilung kam, enthielt ebenfalls den letzteren Bacillus.

Der Bac. Friedländer findet sich zwar nur ausnahmsweise bei krupöser Pneu-

monie, spielt aber im Übrigen eine nicht unwichtige Rolle; durch Propagation von der Mund-Rachenhöhle aus kann er nicht nur zu Empyemen und Bronchopneumonien, sondern auch zu Otitis media, Septikämie, ulceröser Endocarditis, Meningitis führen. N. fand ihn außerdem bei eitriger Pericarditis, Gallengangentzündung und Pyelonephritis. **H. Neumann** (Berlin).

6. **Catrin.** Contribution à l'étude de la pleurotomie dans les pleurésies métapneumoniques.

(Lyon méd. 1890. No. 3.)

Bekanntlich hat Netter für die Behandlung der metapneumonischen Empyeme die Indikation aufgestellt, zunächst nicht zu operiren, sondern die Spontanheilung abzuwarten, wenn der Eiter — in Plattenkulturen untersucht — ausschließlich Pneumokokken ergiebt. C. wendet sich nun gegen die daraus vielfältig gezogene Schlussfolgerung, in allen Fällen von metapneumonischen Empyemen, wenn kein starkes oder remittirendes Fieber oder Ödem der Thoraxwand besteht, auf eine Heilung, sei es durch Resorption oder durch Perforation in die Lunge oder etwa nach einigen Punktionen, zu rechnen. Er plaidirt im Gegentheil auch für die metapneumonischen Empyeme für eine frühzeitige Thorakocentese und illustrirt dies durch 3 Fälle, deren einer, frühzeitig operirt, schnell ausheilte, während von den beiden anderen der eine erst nach langem Krankenlager genas, der zweite aber schließlich doch noch operirt werden musste und auch dann noch nicht ganz ausheilte. Freilich beweisen diese Fälle gegen die Netter'sche Indikationsstellung absolut nichts, da in allen dreien — im letzten sogar ausschließlich — Streptokokken im Eiter sich fanden.

A. Freudenberg (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

7. **Netter.** Méningite suppurée consécutive à un coup de révolver. Coexistence du pneumocoque et du Staphylococcus pyogenes aureus. Pénétration directe dans la cavité cranienne de microbes pathogènes préexistant dans la bouche.

(Compt. rend. de la soc. de biol. Séance du 8. mars 1890.)

N. züchtete aus einem Falle von Meningitis nach Revolverschuss durch den Mund ins Gehirn neben dem weniger zahlreich vorhandenen Staphyloc. pyog. aureus als Hauptbefund den Fraenkel'schen Pneumococcus. Dieselben Organismen fanden sich auch in einem bronchopneumonischen Herde. Dass der Pneumococcus schon im Munde präexistirte und von dort auf dem Wege der Kugel ins Gehirn gelangt war, wurde wahrscheinlich gemacht durch den Nachweis von Pneumokokken in dem Sekrete des (unverletzten) Sinus sphenoidalis.

Der Fall ist in so fern interessant, als es der erste von Pneumokokkennachweis bei chirurgischer Meningitis ist und in der Art eines Experimentes illustrirt, wie bisher ohne Schädigung des Organismus in der Mundhöhle nistende Bakterien unter gegebenen Bedingungen krankheitserregend wirken können.

N. verfügt jetzt über 30 von ihm selbst bakteriologisch bearbeitete Fälle von Meningitis, in denen er 19mal den Pneumococcus nachgewiesen.

A. Freudenberg (Berlin).

8. **Prior.** Bakteriologische Untersuchungen über die Influenza und ihre Komplikationen.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 13—15.)

P.'s sehr fleißige und sorgfältige Untersuchungen wurden an 53 Fällen von schwerer Influenza-Erkrankung angestellt. 29 derselben sind Erkrankungen ohne besondere Komplikationen, während 24 Pat. Pneumonien darboten. Die Untersuchungen umfassten das Verhalten der Bakterien in den Sputis und den Sekreten der Nase, sodann in den von den Pneumoniekranken expektorirten Sputis (wobei Verf. streng zwischen genuiner krupöser Pneumonie und schlaffer Influenzapneumonie unterscheidet). Ein zweiter Theil der Untersuchungen war dem Materiale gewidmet, welches bei Lebzeiten der Pat. den erkrankten Organen entnommen werden konnte: Pleuraexsudat, Material aus an Pneumonie erkrankten Lungen und aus der Milz, Pericardialexsudat, Eiter aus abscedirter Parotitis, aus Otitis media, aus der Highmorshöhle und dem Thränennasenkanal. Schließlich wurden einige Organe von Gestorbenen und das Blut von Lebenden und von der Leiche untersucht.

Auf die Einzelheiten der Ergebnisse, die von P. ausführlich mitgetheilt werden, können wir hier nicht näher eingehen und wollen nur das Gesammtresultat betrachten.

Es kommen Pneumoniekokken, Strepto- und Staphylokokken im Verlaufe der Influenza so häufig gemeinsam und getrennt vor, dass sie schon aus diesem Grunde beachtet werden müssen; das Hauptkontingent stellt jedenfalls der Fraenkel'sche Coccus, er wurde nur in wenigen Fällen von Influenza vermisst und trat manches Mal als Reinkultur auf den Plan. Die zweite Stelle nimmt der Streptococcus ein, der auch als Reinkultur auftreten kann; neben ihm tritt der Staphylococcus an Bedeutung zurück, der nie ausschließlich und nie in Reinkultur vorhanden war; nur im Blute ist er einmal ausschließlich gefunden worden. Das Verhältnis der Bakterienarten zu einander fasst P. so auf, dass vielfach die Pneumoniekokken die Vorläufer der Streptokokken sind, dass die ersteren die Bedingungen schaffen, unter welchen die letzteren am besten gedeihen. Zum Belege dieser Ansicht führt Verf. manche recht einleuchtende Facta auf. Kommt es zu einer bedenklichen Schwere der Erkrankung, so wird der Streptococcus nicht vermisst; auch in den Punktionsflüssigkeiten der Exsudate tritt hervor, dass der Streptococcus die Prognose verdunkelt. Der häufig gemachte Befund, dass je schwerer und vorgerückter die Erkrankung, desto mehr der Streptococcus überwiegt und der Pneumoniecoccus zurücktritt, während bei Pat., die in den ersten Tagen der Erkrankung starben, nur Diplokokken und Staphylokokken gefunden wurden, deutet auf die Möglichkeit hin, dass der Streptococcus dem Pneumoniecoccus auf seinem Zuge folgt, ihn verdrängt und nach seinem Absterben die Fähigkeit besitzt, allein fortzuwuchern und selbständig Entzündung zu unterhalten und zu bewirken.

Am Schluss erörtert Verf. die Beziehungen der drei Bacillenarten zum Wesen der Influenza; keiner von ihnen ist Träger des Influenzagiftes; die Influenza trägt den günstigen Boden für die drei Mikroben in sich und bewirkt Veränderungen, welche das Ansiedeln und Gedeihen vor Allem der Pneumoniekokken begünstigen, so dass wir es mit einer sekundären Infektion zu thun haben. Die Ursache für die so verschiedenartige Entwicklung der Mikroben in den verschiedenen Fällen ist in äußeren Gründen zu suchen. (Der Werth der P.'schen Arbeit liegt auch in der peinlichen Sorgfalt, mit der die Untersuchungen ausgeführt wurden, dann in der lichtvollen Art der Darstellung, die manches bisher Unklare in scharfer und gediegener Weise präcisirt. Der Ref.) **M. Cohn** (Berlin).

9. **G. Bein** (Berlin). Bakteriologische Untersuchungen über Influenza.

(Zeitschrift für klin. Med. Bd. XVII. Hft. 6.)

In der Leyden'schen Klinik wurden zur Zeit der Influenza-Epidemie bakteriologische Untersuchungen vorgenommen, über welche Leyden selbst schon in den

Verhandlungen des Vereins für innere Medicin in kurzer Auseinandersetzung berichtet hat; eine Erwähnung ist bereits vom Ref. im Centralblatt in den Märznummern geschehen. Hier nun theilt B., welcher wesentlich diese bakteriologischen Untersuchungen ausführte, das Nähere mit; er untersuchte Sputa, Punktionsflüssigkeiten, Lungen, Milz und Nieren in mustergültiger Weise und stützte, was eben manchen Arbeiten über die Mikrobien bei Influenza fehlt, die gefundenen Resultate durch Thierversuche. Aus seinen Studien geht mit Sicherheit hervor, dass ein irgend wie specifischer Coccus bei den Influenzakranken nicht gefunden werden konnte, wie dieses schon von Leyden, Prior, Levy, Jaccoud u. A. gefunden war und dass in Übereinstimmung mit diesen die Lungenerkrankungen bei Influenza nicht auf eine einzige, sondern auf mehrere Arten von Bakterien zurückgeführt werden müssen, und dass dieses die Formen des lanzettförmigen Diplococcus, Strepto- und Staphylococcus sind; diese Formen kamen theils vereinzelt, theils vereinigt vor (Mischinfektion), sowohl im Pleuraexsudat wie in dem Lungengewebe. Wie Prior in der Münchener med. Wochenschrift 1890 No. 13—15 ausführlich beschrieben hat, so ist B. auch der Ansicht, dass das Influenzagift den Nährboden im Körper für die Entwicklung der Pneumoniebakterien in solcher Weise beeinflusst, dass einerseits die Ansiedelung besonders erleichtert wird, andererseits der Verlauf der pneumonischen Erkrankung, die Intensität der Erscheinungen und selbst der lokale anatomische Process nicht unwesentlich modificirt wird. **Prior** (Köln).

10. **M. Jolles** (Wien). Zur Ätiologie der Influenza.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 4.)

In den Sputumpräparaten Influenzakranker fand J. überwiegend und bisweilen fast ausschließlich ein Bakterium, das dem Friedländer'schen Pneumobacillus außerordentlich ähnlich ist; denselben Pilz konnte er, wenn auch nicht jedes Mal, so doch in sehr zahlreichen Fällen im Harnsediment solcher Kranken nachweisen. Plattenkulturen aus Harn und Sputum ließen bereits am 4. Tage Kolonien finden, welche den von Friedländer beschriebenen auf das äußerste ähnlich sahen, sich in der Tiefe der Gelatineplatte als rundliche, scharf begrenzte, gelbliche, feinkörnige Scheibchen und an der Oberfläche als halbkugelförmige, porzellanartige Knöpfe präsentirten. Die von den Platten hergestellten Stichkulturen zeigten die charakteristische Nagelform, nur erschien bei dem direkten Vergleich mit den Friedländer'schen Kokkenkulturen der Knopf etwas weniger glänzend und stärker gekörnt zu sein, außerdem waren längs des Impfstiches die kleinen Kügelchen mehr von einander getrennt. Bei den Färbungen trat kein Unterschied zu Tage. Im Wiener Hochquellwasser fanden sich neben zahlreichen die Gelatine verflüssigenden und nicht verflüssigenden saprophytischen Bakterien (228 in 1 ccm) auch zahlreiche ähnliche Nagelkolonien, welche unter dem Mikroskop als von einem helleren Hof umgebene Diplokokken bestehend sich erwiesen. **Prior** (Köln).

11. **L. Büben.** Ist die Influenza kontagiös oder miasmatisch?

(Közegészségngyi Szemle 1890. Aprilheft. — Pester med.-chir. Presse 1890. No. 30.)

Die Mittheilungen stützen sich auf Beobachtungen in einem überfüllten Gefängnis, das für 291 Sträflinge Raum bot, zur Zeit aber 430 Strafgefangene beherbergte. Von diesen 430 Leuten erkrankten 83, also 19%, die Epidemie hatte einen milden Charakter, es starben 2 Personen. Eine Isolirung war nicht möglich; standen doch die Betten in den Schlafsälen so dicht gedrängt, dass zwischen jedem einzelnen nur 30 cm Abstand war. Das Spital des Gefängnisses, welches für 26 Kranke Raum hatte, enthielt zur Zeit der Epidemie 42 verschiedene Kranke; auch hier standen die Betten paarweise dicht an einander, ein Isoliren war nicht im entferntesten möglich; von diesen 42 Spitalinsassen erkrankte nur eine einzige Person, eine ältere Phthisica. Die zwei Wärter und die Wärterin blieben verschont, von 32 barmherzigen Schwestern, welche mit den Sträflingen in fortwährendem Verkehr standen, wurden 2 von der Influenza befallen; die Beamten und Wächter blieben gesund, nur der Arzt erkrankte. Nach alledem kommt B. zu dem Schlusse, dass die Influenza keine kontagiöse, sondern eine miasmatische

Krankheit ist; sie tritt häufiger in überfüllten Lokalen auf, befällt meist die betagteren Personen und mit Vorliebe diejenigen Organe, welche als ohnedies schwächer eine geringere Widerstandsfähigkeit besitzen. **Prior** (Köln).

12. **Rouvier.** Identité de la Dengue et de la Grippe-Influenza. Paris, 1890. 48 S.

Verf., der Gelegenheit gehabt hat, ausgedehnte Dengue- und Influenza-Epidemien zu beobachten, kommt zu dem Schlusse, dass beide Krankheiten als identisch aufzufassen sind und Verschiedenheiten nur in der Intensität der Erscheinungen liegen. Das Klima lässt fernerhin solche Varietäten begreiflich erscheinen; die Dengue ist die Grippe der heißen Länder und die Grippe ist die Dengue der kälteren Zonen. Zur Begründung seiner Behauptung führt nun R. in der vorliegenden Arbeit in sehr eingehender und sorgfältiger Weise den Gang der Epidemien vor und stellt die Hauptsymptome und die pathologischen Störungen in beiden Krankheiten einander gegenüber. (Recht überzeugend sind die Ausführungen des Verf.s nicht; die Streitfrage dürfte sich überhaupt vor Auffindung des Krankheitserregers nicht entscheiden lassen. Der Ref.) **M. Cohn** (Berlin).

13. **Kartulis** (Alexandrien). Einiges über das angebliche Verhältnis der Influenza zum Denguefieber.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 21.)

Die Hauptunterscheidungsmerkmale zwischen Dengue und Influenza sieht K. in folgenden Punkten:

1) Der gutartige Ausgang bei Denguefieber; die mit schweren Komplikationen verbundene und oft zum Tode führende Influenza.

2) Das fast konstante Vorkommen eines Exanthems bei Dengue; die Seltenheit desselben bei Influenza.

3) Das Fehlen von katarrhalischen Symptomen bei Dengue; das häufige Vorkommen derselben bei Influenza.

Verschiedenheiten herrschen ferner seitens des Nervensystems. Beim Denguefieber sind im Ganzen die neuralgischen Schmerzen viel stärker als bei Influenza. Die Gelenkschmerzen sind bei Dengue, reine Neuralgien bei Influenza viel ausgesprochener. Das Fieber kann nach K.'s Meinung zum Vergleiche nicht herangezogen werden. Im Blute hat K. bei beiden Krankheiten eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen wahrgenommen, die bei der Influenza bedeutender war als bei der Dengue. Mikroorganismen fanden sich im Blute in beiden Fällen nicht. **M. Cohn** (Berlin).

14. **Huber.** Über Lungensarkom. (Aus der medicinischen Klinik in Zürich.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Der ausführlich beschriebene Fall von metastatischem Sarkom der linken Lunge bietet dadurch besonderes Interesse dar, dass es bei Lebzeiten möglich war, eine absolut sichere Diagnose zu stellen, da der Kranke Sarkommassen aushustete. Dieselben kamen aus dem linken Bronchus, in den ein großer, von außen durchgebrochener Zapfen des die ganze linke Lunge einnehmenden Tumors hineinragte; der Ausstoßung der fingerglied- bis daumengroßen Partien folgte jedes Mal eine Blutung aus der Rissstelle des Sarkomgewebes. **Markwald** (Gießen).

15. **Landgraf.** Zur Pathologie der Tracheo- und Bronchostenose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 3.)

Zuerst bespricht L. die Diagnose der Tracheal- und Bronchostenosen und macht unter Anführung eines zur Obduktion gelangten Falles auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die der Feststellung des Sitzes der Stenose entgegenstehen können.

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um eine ringförmige (durch Syphilis entstandene) Striktur unter den Stimmbändern, die sich bis zum 1. Trachealringe fortsetzte und ein schräg verlaufendes Lumen zeigte. Der untere Theil der Trachea

und beide Bronchien zeigten narbige Veränderungen neben Geschwüren und eitriger Peribronchitis.

In zweiter Linie werden die Ursachen der Trachealstenosen besprochen. Zur Illustration, in welcher Weise die angeschwollenen Lymphdrüsen an der Lungenwurzel, im Mediastinum und an der Theilungsstelle der Trachea zur Stenose der Trachea führen, wird ein Fall kurz mitgetheilt, in welchem das Vorhandensein auch anderweitiger Drüsenschwellungen und eine Dämpfung links neben dem Manubrium sterni die Entstehungsweise der Trachealstenose klar stellten. Sind äußere Drüsenschwellungen nicht vorhanden, so werden außer schubweise auftretendem Fieber keine Anhaltspunkte zur Unterscheidung solcher Fälle von Mediastinaltumoren gegeben sein.

Von größtem Interesse ist ein Fall von hysterischer Trachealstenose bei einem 31jährigen Manne. Hier gelang es nach vorheriger Cocainisirung des Larynx und der Trachea die Sonde in den rechten sowohl wie in den linken Bronchus einzuführen. Die Sondirung (als Berührungsreiz, nicht als Erweiterungsmittel angewandt) brachte rasch Erleichterung, L. sah später den Kranken in guter Gesundheit wieder. **Seifert** (Würzburg).

16. **Carl Laker** (Graz). Akute Retronasalaffektion mit typhoiden Erscheinungen.

(Wiener med. Presse 1890. No. 17 u. 18.)

Nach einer Erkältung stellte sich bei einem hereditär nicht belasteten Manne ein Status typhosus, Durchfälle, aufgetriebener Leib, Febris continua ein. Auf eine Erkrankung im Nasenrachenraum wies absolut nichts hin. Nach einigen Tagen daraufhin untersucht, fand man starke Entzündung der Rachentheile, des Arcus palato-pharyngeus, der hinteren Rachenwand, dicke schleimig eitrige Massen im Nasen-Rachenraum, dicke Borken an den Tubenwülsten und dem Septum narium. Auch von vorn konnte man Ausfüllung der Nasengänge mit trockenen Borken konstatiren. Nach einer gründlichen Reiniguug der Nase sank innerhalb weniger Stunden die Temperatur zur Norm; das subjektive Befinden hob sich, so dass wohl anzunehmen ist, dass das schwere, einen Typhus vortäuschende Krankheitsbild auf dieser Retronasalaffektion beruhte.

Die Sekrete und Borken wurden weiter einer bakteriologischen Untersuchung unterworfen und hierbei besonders ein kurzer dicker Bacillus, in typischer Nagelkultur wachsend, milchiges Aussehen besitzend, gefunden. Impfungen waren bei Mäusen von Erfolg begleitet; die Thiere gingen nach wenigen Tagen unter heftigen Krankheitserscheinungen zu Grunde. **Leubuscher** (Jena).

17. **Maragliano.** Das Verhalten der Gefäße im Fieber und bei Antipyrese.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3 u. 4.)

Als Resultat der die Gefäßerscheinungen während der Antipyrese betreffenden Untersuchungen ergab sich, dass alle in Anwendung gezogenen Antipyretica — Kairin, Antipyrin, Thallin, Chinin und Natron salicylicum — bei fieberlosen Individuen eine Erweiterung der Blutgefäße der Haut bewirken, dass dieselbe Gefäßerweiterung bei Fiebernden zu Stande kommt und so lange andauert, als die antithermische Wirkung selbst, so dass nach Erschöpfung der letzteren erstere verschwindet. **Markwald** (Gießen).

18. **W. Havelburg.** Estudos bacteriologicos sobre a "desinfecçao desemperhada pela City Improvements Company.

Rio de Janeiro, 1890.

Wegen der in der Laien- und Fachwelt herrschenden Meinung, dass die ungenügende Beseitigung der Abfallstoffe Ursache der alljährlich herrschenden Epidemien, namentlich des Gelbfiebers sei, wurden die bakteriologischen Untersuchungen unternommen. Die genannte englische Gesellschaft desinficirt in 5 Maschinenhäusern die dorthin zusammenlaufenden Abwasser der Stadt auf chemischem Wege

mittels eines Gemisches von Kalkmilch, schwefelsaurem Alaun und Eisen und Holzasche; die Niederschläge werden gesammelt, gebrannt und als Cement verwerthet. Das überstehende Wasser wird durch Klärbassins geleitet und dann ins Meer abgelassen. In den Schmutzwassern vor der Desinfektion befanden sich, in 1 ccm im Durchschnitt, 700000 Keime, in dem Wasser unmittelbar vor der Ableitung ins Meer in 1 ccm 380 Keime. In 1 ccm Meerwasser des Riohafens wurden 526 resp. 480 Keime, in der Nähe der Maschinenhäuser 640 Keime gefunden. Eine nähere Würdigung der Verhältnisse ergiebt, dass in dem Desinfektionsverfahren der Abfallwässer ein berechtigter lokaler Grund für vorhandene ungünstige hygienische Zustände in keiner Weise zu finden ist. (Autoreferat.)

Bücher-Anzeigen.

19. **S. Guttmann.** Dr. Paul Börner's Reichsmedicinalkalender auf das Jahr 1891.

Leipzig, **G. Thieme,** 1890.

Der neue Jahrgang des Börner'schen Reichsmedicinalkalenders, dessen 1. Theil vor einiger Zeit erschienen ist, hat äußerlich vor seinen Vorgängern den anerkennenswerthen Vorzug, dass trotz der Reichhaltigkeit des Inhaltes das Format erheblich an Handlichkeit zugenommen hat. Außer den bereits in früheren Jahren vorhandenen, für den Arzt unentbehrlichen, kurzen Artikeln, welche für die Praxis werthvolle Anhaltspunkte bieten und in übersichtlicher Anordnung zur schnellen Belehrung über verschiedene therapeutische und sonstige Fragen dienen, sind hauptsächlich die durch Einführung des Arzneibuches für das deutsche Reich (Pharmacopoea Germanica ed. III) 1890 nöthig gewordenen Umänderungen erwähnenswerth. Die Beschreibung der Anwendung, Dosirung und Arzneiform der gebräuchlichen, der neu eingeführten und der in jenem Arzneibuch enthaltenen Arzneimittel hat Oscar Liebreich vollkommen umgearbeitet. Die neueren, besonders zu berücksichtigenden Veränderungen der Pharmakopoe, welche sich auf Änderungen in der Nomenclatur und in der Stärke und Darstellungsweise der Medikamente beziehen, sind übersichtlich zusammengestellt, die Maximaldosentabelle nach dem neuen Arzneibuch hinzugefügt, und die Mittel zur subkutanen Injektion und ihre Anwendung nach den neuen Grundsätzen aufgezählt. Es wird hierdurch dem Praktiker ermöglicht, sich in schneller Weise die neuen Vorschriften anzueignen und für den Gebrauch zu verwerthen. Wir können diesen Kalender, welcher sich in würdigster Weise den Ausgaben der Vorjahre anreiht, auch für 1891 als Wegweiser, Rathgeber und Unterstützung »auf der Praxis« aufs wärmste empfehlen. **G. Meyer** (Berlin).

20. **Graf.** Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der deutsche Ärztevereinsbund.

(Festschrift dem X. internationalen medicinischen Kongress gewidmet vom Geschäftsausschuss des deutschen Ärztevereinsbundes.

Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1890.

Unter den Festschriften des X. internationalen Kongresses nimmt die G.'sche einen hervorragenden Platz ein. Dieselbe bezweckt nach der Absicht des allseitig hochgeschätzten Verf., welcher seit Gründung des Ärztevereinsbundes demselben als Vorsitzender ständig präsidirt hat, in großen Umrissen ein Bild zu entwerfen, wie das ärztliche Vereinsleben in Deutschland sich entwickelt, centralisirt und welche Ziele es sich gesteckt hat. Dass die angestrebte Aufgabe dem Verf. und seinen Mitarbeitern in hohem Maße gelungen ist, dem wird Jeder, der die wichtigen Fragen der ärztlichen Standesinteressen mit Aufmerksamkeit verfolgt hat, aus voller Überzeugung beistimmen können. **Peiper** (Greifswald).

21. **Vierordt.** Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation. Dritte verbesserte Auflage.

Tübingen, **H. Laupp**'sche Buchhandlung, 1890. 69 S.

Verf. hat in der vorliegenden Neuauflage den Fortschritten der letzten Jahre Rechnung getragen, ohne das Volumen des Buches wesentlich zu verändern. Die knappe präcise Darstellung und die klare Anordnung des Stoffes werden dem Leitfaden gewiss zu den alten Freunden neue hinzufügen. Ein am Schluss angefügtes Register zeigt, dass alles Wesentliche zur Besprechung gelangt.

M. Cohn (Berlin).

22. **Moure.** Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes.

Paris, **Octave Doin,** 1890. 599 S.

Ein stattliches Werk liegt vor uns; mit großer Sorgfalt hat Verf. die gesammte Laryngoskopie bearbeitet und, wie wir zu unserer besonderen Freude bemerken wollen, gegenüber den vielen enthusiastischen therapeutischen Bestrebungen ein nüchternes objektives Urtheil sich bewahrt. Namentlich zeigt sich dies bei der Besprechung der so vielfach neuerdings empfohlenen Mittel gegen die Larynxtuberkulose; ich citire nur wenige Worte des Autors; auf p. 202 sagt er bezüglich des Curettements und der Milchsäurebehandlung: »Trotz des Lärms, welchen man bezüglich dieser Medikation gemacht hat, hat sie, wie ich glaube, die gewünschten Resultate nicht herbeigeführt; eine gute Zahl der Praktiker hat diese Methode der Behandlung bereits aufgegeben. Ich meinestheils habe immer daran gezweifelt und zweifle noch an der heilenden Wirkung dieses oder jenes Medikamentes bei einer so allgemeinen Krankheit wie die Tuberkulose.« Mögen diese Worte ihre Berücksichtigung finden in der heutigen Zeit, in der fast jeden Tag neue Mittel ohne genügende Beobachtung immer wieder angepriesen werden und welche sich ganz wirkungslos erweisen. Das Werk enthält 47 Vorlesungen, welche in systematischer Reihenfolge alle Kehlkopfkrankheiten behandeln. Wenn wir auch immerhin keinen Mangel an Lehrbüchern über Kehlkopfkrankheiten in Deutschland haben, so dürfte doch auch dieses Werk, welches sich durch gute Ausstattung auszeichnet, von dem deutschen ärztlichen Publikum mit großem Interesse aufgenommen werden; es sei nicht allein dem praktischen Arzte, sondern auch dem Specialisten empfohlen.

B. Baginsky (Berlin).

23. **G. Killian** (Freiburg). Die Untersuchung der hinteren Larynxwand.

Jena, **G. Fischer,** 1890. Mit 40 Abbildungen im Texte.

Nachdem Verf. bereits auf der Heidelberger Naturforscherversammlung 1889. Tagebl. p. 577, in einem Vortrage über die von ihm geübte Methode zur Untersuchung der hinteren Larynxwand und Trachea berichtet hatte, liegt uns jetzt die ausführliche Arbeit vor, in der K. unter Berücksichtigung aller bisherigen Bestrebungen und Untersuchungsmethoden die von ihm besonders angewandte genauer beschreibt und allgemein empfiehlt. Verf. bespricht zunächst die ältere bereits von Türk empfohlene Methode der Untersuchung der hinteren Larynxwand bei gerader Kopfhaltung, alsdann diejenige bei rückgebeugter Kopfhaltung und zugleich unter Anwendung von Doppelspiegeln, und endlich die neue Methode der Untersuchung bei vorgebeugter Kopfhaltung. Der Pat. senkt den Kopf stark nach vorn und das Licht wird in der Richtung von unten nach oben in die Mundhöhle reflektirt. Es empfiehlt sich recht große Kehlkopfspiegel zu wählen. Die Erfahrungen, welche K. mittels dieser Methode gesammelt hat, an 100 Pat. mit theils gesunden, theils kranken Kehlköpfen, haben ihn belehrt, dass die Methode eine gute und allen übrigen vorzuziehen ist.

B. Baginsky (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 47. **Sonnabend, den 22. November.** **1890.**

Inhalt: I. **Thomas**, Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen. — II. **Hochsinger**, wiederung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Prof. Thomas. (Orig.-Mitth.) 1. **Zuntz**, Einwirkung der Muskelthätigkeit auf den Stoffverbrauch. — 2. **Sandmann**, Physiologie der Bronchialmuskulatur. — 3. **Paltauf** und **Heider**, Bacillus maïdis und Pellagra. — 4. **Wood**, Syphilis des Nervensystems. — 5. **Unna**, Natur und Behandlung des Ekzems. — 6. **v. Ziemssen**, Wissenschaft und Praxis.

7. **Luzzato**, Diazoreaktion. — 8. **A. Fraenkel**, Stoffwechsel bei Pyrodinvergiftung. — 9. **Cadéac** und **Meunier**, Salbeiessenz. — 10. **Schwalbe**, Pathologie der Pulmonalarterienklappen. — 11. **Lyon**, Verhalten des Magensaftes. — 12. **His**, Subseröses Darmemphysem bei Typhus. — 13. **Yamagiwa**, Jackson'sche Epilepsie. — 14. **Feilchenfeld**, 15. **Bruns**, Neuritische Lähmung bei Glykosurie resp. Diabetes. — 16. **Bernhardt**, Neuropathologische Beobachtungen (a. Progressive Muskelatrophie, b. Multiple Neuritis). — 17. **Peiper**, Myoklonie. — 18. **Grosz**, Scleroderma. — 19. **Redard**, Nasenverstopfung und Verkrümmungen des Brustkorbes. — 20. **E. Pfeiffer**, Behandlung von Nierensteinen. — 21. **Imrédy**, Orexin.

Bücher-Anzeigen: 22. **A. Bing**, Vorlesungen über Ohrenheilkunde.

Beilage: **R. Koch**, Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose.

Im Augenblick der Zusammenstellung dieser Nummer erscheint in der Deutschen med. Wochenschrift No. 46[a] die hochwichtige Mittheilung Robert Koch's über die Erfolge und Methode seiner neuen Behandlungsweise der Tuberkulose. Die Heilbarkeit dieser das Menschengeschlecht decimirenden Krankheit ist damit eine Thatsache geworden —, der größte Fortschritt, den die praktische Medicin je zu verzeichnen hatte, verwirklicht. Die Perspektive, die sich zugleich der inneren Medicin bezüglich der erfolgreichen Behandlung anderer Infektionskrankheiten eröffnet, berechtigt zu den kühnsten Hoffnungen. Wir bringen in der Beilage einen wortgetreuen Abdruck des epochemachenden Artikels.

Die Redaktion.

I. Zur Identitätsfrage der Pocken und Varicellen.

(Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn Dr. Hochsinger in No. 43 dieses Blattes.)

Von

Prof. Dr. **L. Thomas** in Freiburg i/Br.

Als Vertheidiger der Specifität der Varicellen (s. Ziemßen's Handbuch der Pathologie Bd. II Abth. 2.) gestatte ich mir folgende Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn Dr. Hochsinger:

Es giebt leichteste Pockenformen, bei welchen keine Pusteln vorhanden sind, sondern nur Papeln oder Bläschen mit serösem Inhalt sich ausbilden.

Das Fieber kann bei diesen leichtesten Formen nur unbedeutend sein.

Solche leichteste Formen treten, wie es scheint, nur bei Geimpften und Revaccinirten auf.

Mit solchen Fällen hat es offenbar Herr Dr. Hochsinger zu thun gehabt. Dafür spricht insbesondere der Umstand, dass gleichzeitig in einer Schulklasse 10jähriger Gymnasiasten 15 solcher Fälle vorgekommen sein sollen. Es ist nicht anzunehmen, dass unter den 10jährigen Schülern einer Klasse in der Großstadt Wien 15 Knaben solche Disposition zu specifischen echten Varicellen haben sollten, dass dieselben auf eine unbekannte Einwirkung des Kontagiums dieser von den Pocken streng zu scheidenden Krankheit gleichzeitig an Varicellen erkrankten. Dass dagegen Pockengift in disponirter Bevölkerung gleichzeitig Massenerkrankungen hervorruft, ist allgemein bekannt.

Es ist leicht zu erklären, dass vesikulöse oder varicelloide Variolois bei gesteigerter Disposition zu Pocken durch Ansteckung Variola, bei geringer Disposition wieder eine ähnliche leichte Affektion erzeugt. Dafür spricht auch die ca. 12tägige Incubationsdauer, während bei Varicellen dieselbe ca. 17 Tage dauert.

Herrn Dr. Hochsinger's Fälle waren leichteste Pocken.

II. Erwiederung auf die vorstehenden Bemerkungen des Herrn Prof. Thomas.

Von

Dr. **Carl Hochsinger** in Wien.

Zu der Äußerung des Herrn Prof. Thomas habe ich nur Folgendes zu bemerken:

In dem Momente, wo meine Varicellenfälle als »leichteste Pocken« angesprochen werden, ist meine Anschauung gerechtfertigt. Denn dann wäre die sog. Varicella specifica infantum klinisch nicht zu unterscheiden von leichtesten »varicelloiden« Pockenformen, quod erat demonstrandum. Ich habe in meiner Mittheilung in No. 43 d.

Centralbl. gerade den Hauptwerth darauf gelegt, zu zeigen, dass die Erkrankungsformen der beiden Knaben eben das sind, was wir als Varicella infantum diagnosticiren. Sollten diese Fälle dennoch als Variola levissima aufgefasst werden können, dann müssten wir jene Erkrankungsform, welche beim Kinde unter dem Bilde der »Varicella« verläuft, in zwei Gruppen sondern, von welchen die eine Fälle einer specifischen nicht variolösen Varicella in sich schließt, während die andere Fälle leichtester, aber echter Pockenformen des Kindesalters repräsentirt. Zugegeben müsste dann nur werden, dass wir nicht im Stande sind, diese beiden Formen klinisch von einander zu unterscheiden.

---

1. **N. Zuntz.** Über die Einwirkung der Muskelthätigkeit auf den Stoffverbrauch des Menschen.

(Du Bois-Reymond's Archiv 1890. Hft. 3 u. 4.)

Z. hat in Gemeinschaft mit Katzenstein neue Untersuchungen über die quantitativen Verhältnisse von Muskelleistung und Stoffumsatz angestellt. Ein 55,35 kg wiegender Mann, leistete messbare Arbeit, durch Gehen auf einer Tretbahn, die sowohl horizontalen Gang als auch Gang auf geneigter Ebene erlaubte. Ein mit Ventilen versehenes Mundstück verband die Versuchsperson mit den zur Messung und Analyse der Ein- und Ausathmungsluft dienenden Vorrichtungen. Bei mäßiger Anstrengung der benutzten Muskeln gelang es, den respiratorischen Quotienten, d. h. das Verhältnis der Kohlensäureausscheidung zur Sauerstoffaufnahme, meistens vollkommen konstant zu erhalten, wodurch die Berechnung der bei der Muskelthätigkeit umgesetzten Kraftmengen sehr erleichtert wird.

In Folge der Geharbeit stieg zunächst die Athemgröße erheblich an. Während sie in der Ruhe 8300 ccm per Minute betrug, gewann sie bis zur zweiten Arbeitsminute einen Werth von 15000 bis 16000 ccm, auf dem sie dann so lange verblieb als das Gehen dauerte. Beim Bergaufsteigen betrug die Athemgröße sogar 20000 bis 22000 ccm. Diese Vermehrung genügte aber noch nicht dem gesteigerten Athembedürfnis; denn der procentische O-Verbrauch und die procentische CO_2-Ausscheidung wuchsen trotz derselben an.

Was nun die absoluten Werthe der letztgenannten Größen anlangt, so erfuhren sie durch die Arbeit eine beträchtliche Steigerung. Aus der Differenz des beim horizontalen Gehen und beim Steigen entstandenen und des in der Ruhe vorhandenen O-Verbrauches ließ sich feststellen, dass die Versuchsperson für den Meter Weg pro Kilo 0,1095 ccm und für die Leistung einer Steigarbeit von einem Kilogrammometer 1,4353 ccm O verbrauchte. Beim Vergleich mit anderen Personen ergab sich, dass die Verschiedenheiten der Gangweise beim horizontalen Gang größere Unterschiede im O-Verbrauch veranlassten als beim Steigen.

Aus den beim horizontalen Gehen verbrauchten O-Mengen berechnet sich die mechanische Leistung der Versuchsperson zu 4,2369 Kilogrammometer pro Meter Weg, oder zu 315,56 Kilogrammometer pro Minute.

Ein Vergleich der gewonnenen Ergebnisse mit denen, die Z. am Pferde erhalten hat, ergab, dass beim Menschen wie beim Pferde die mechanische Arbeit fast genau mit demselben O-Verbrauch bestritten wird.

Das gilt allerdings nur für die Steigarbeit, während beim horizontalen Gang das Pferd ökonomischer arbeitet als der Mensch.

Eine weitere Versuchsreihe beschäftigte sich mit Arbeitsleistungen der oberen Extremität. Die Versuchsperson arbeitete hier am Gärtner'schen Ergostat, einer Vorrichtung, bei welcher mittels Drehung an einer Kurbel messbare Arbeit verrichtet wird.

Hier ergab sich der O-Verbrauch:

Für 1 kgm Dreharbeit zu 1,957 ccm und für eine widerstandslose Umdrehung des Rades zu 0,1711 ccm. Die Dreharbeit wird also weniger ökonomisch vollführt als die beim Gehen geleistete Arbeit.

Berechnet man aus den Bestimmungen von Rubner, welchen Arbeitswerth die durch 1 ccm O bewirkte Verbrennung von Körperbestandtheilen entspricht, so ergiebt derselbe sich zu 1,968 bis 1,999 kgm. Daraus berechnet sich die thatsächliche Leistung mechanischer Arbeit zu 34,85—35,4% der theoretisch möglichen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

2. **G. Sandmann.** Zur Physiologie der Bronchialmuskulatur.

(Du Bois-Reymond's Archiv 1890. Hft. 3 u. 4. p. 252.)

S. fügte bei curaresirten und künstlich ventilirten Katzen und Kaninchen in die Luftröhre eine Marey'sche Schreibkapsel so ein, dass sie bei Suspension der Athmung Verkleinerungen und Vergrößerungen der Luftwege durch inspiratorische oder exspiratorische Ausschläge anzeigte und suchte auf diesem Wege zu einer Entscheidung über die Thätigkeit der Bronchialmuskulatur zu gelangen. Die Aussetzung der künstlichen Respiration hatte ein Ansteigen der Schreibspitze zur Folge, die aber lediglich durch die ganz allmählich erfolgende elastische Verkleinerung der Lungen bedingt war. Bei Reizung des peripherischen Vagusstumpfes trat bald Hebung, bald Senkung ein, d. h. es entstand theils Verengerung, theils Erweiterung der Bronchien; schwache elektrische Reizung wirkte mehr verengernd, starke erweiternd. Zuweilen blieb jede Wirkung aus. Da auch am atropinisirten Thier der Erfolg eintritt, konnte er nicht durch Beeinflussung des Herzschlages, die ja ebenfalls eine Wirkung auf die Zeichentrommel hätte ausüben können, bedingt sein. Eine Mitwirkung des Ösophagus (im Sinne Rügenberg's) hält Verf. ebenfalls für ausgeschlossen, weil die genannten Wirkungen auch durch Tam-

ponirung desselben mittels eines dicken Glasstabes nicht verhindert wurden. S. hält danach für sicher, dass im Vagus Fasern verlaufen, welche die Zusammenziehung der Bronchialmuskeln in doppeltem (antagonistischem) Sinne beeinflussen.

Im Gegensatz zu Graham Brown sah er von der Dyspnoe keine Wirkung auf diese Muskeln; dagegen ließen sie sich, so lange die Vagi erhalten waren, reflektorisch von der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut aus zur Kontraktion bringen.

Langendorff (Königsberg i/Pr.).

---

3. **Paltauf** und **Heider**. Der Bacillus maïdis (Cuboni) und seine Beziehungen zur Pellagra.

(Sep.-Abdr. aus den med. Jahrbüchern. Wien, 1889.)

Die Mehrzahl der Forscher ist darüber einig, dass die Pellagra mit der Ernährung durch verdorbenen Mais zusammenhänge; dass dabei die Thätigkeit eines specifischen Mikroorganismus (Bacterium [richtiger Bacillus] maïdis) von hervorragender Bedeutung sei, ist eine Lehre, die besonders Majocchi und Cuboni vertreten. Ersterer glaubte, in gewissen Stadien der Krankheit im Blute jenen mit dem aus verdorbenen Mais identischen Spaltpilz nachgewiesen zu haben; dieser konnte die, bisher überhaupt isolirt dastehenden, Angaben Majocchi's nicht bestätigen und stellte auf Grund eigener Untersuchungen die Theorie einer intestinalen Mycose auf; er beschreibt das massenhafte Vorkommen des Bacterium maïdis in den Fäces Pellagröser als konstante Thatsache; die mit der verdorbenen Polenta eingeführten Pilze fänden im Darme besonders günstige Bedingungen zu ihrer Entwicklung und führten zu einer chronischen Intoxikation durch ihre Stoffwechselprodukte. Die Isolirung jenes Giftes ist bisher weder ihm noch Anderen gelungen.

Die Verff. nahmen das Studium jenes Bacillus maïdis mit allen Methoden der modernen Bakteriologie zum Gegenstande einer überaus gründlichen Forschung. Sie untersuchten seine morphologischen Eigenschaften in den verschiedenen Kulturen, seine Lebensbedingungen und -Äußerungen gegenüber den mannigfachen Nährsubstraten, seine Einwirkung auf Eiweißkörper und Kohlehydrate, so wie die durch seine Thätigkeit entstehenden Stoffwechselprodukte. Das Resultat war zunächst, dass der Maispilz sowohl in morphologischer als biologischer Beziehung dem Kartoffelpilz und dem Heupilz außerordentlich nahe steht, dass er keine pathogenen Eigenschaften besitzt, dass sein Vorkommen in den Stühlen Pellagröser keineswegs konstant ist. Sodann ergab sich, dass der alkoholische Auszug, aus Pilzkulturen auf Maismehl, die 3 Monate bei einer Temperatur zwischen 35—37° C. gestanden hatten, weiße Mäuse unter ataktischen und Lähmungserscheinungen tödtete, dass aber ein eben so hergestellter Auszug aus einer Kartoffelpilzkultur genau eben so wirkte.

Ist es sonach wohl möglich, dass der Maisbacillus durch Zer-

setzungen des Maiskornes giftige Stoffe oder deren Vorstufen erzeuge, welche zur Pellagra in Beziehung stehen, so fehlt doch noch vollkommen der Nachweis, dass diese außerordentlich verbreiteten Bacillen das Maiskorn auch unter den natürlichen Bedingungen wirklich und unter Produktion giftiger Stoffe zersetzen und nicht vielleicht nur eine zwar häufige aber doch zufällige Verunreinigung des verdorbenen Mais seien, begünstigt durch die bekannten äußeren Einflüsse klimatischer und wirthschaftlicher Natur. Es fehlt auch der Nachweis, ob nicht auch andere Mikrophyten das Maiskorn eben so zersetzen, ob sie dieselben oder andere Toxine erzeugen.

Die Verff. resumiren:

Die Pellagra ist keine mykotisch parasitäre Krankheit, auch nicht in dem Sinne einer intestinalen Mykose Cuboni's, dass nämlich ein gewisser im verdorbenen Mais vorkommender Bacillus — Bac. maïdis — den Darm der Pellagrösen konstant bewohne. Der Bac. maïdis gehört den weit verbreiteten Kartoffelbacillen an. Die Pellagra ist eine, durch die Produkte des verdorbenen Mais verursachte Intoxikationskrankheit. Der Bac. maïdis, so wie der Bac. mesentericus fuscus erzeugen im Maismehl eine, im alkoholischen Auszuge enthaltene, toxische, auf das Nervensystem weißer Mäuse narkotisch und lähmend einwirkende Substanz. **Tuczek** (Marburg).

---

4. **H. C. Wood.** Syphilis of the nervous system.

Detroit, Mich., **G. S. Davis**, 1889. 135 S.

Aus der in übersichtlicher klarer Weise abgefassten Monographie, die jedem Interessirten aufs beste empfohlen sein soll, können wir nur kurz die wichtigsten Punkte hervorheben.

I. Hirnsyphilis. 1) Ätiologie. Die Syphilis scheint sich besonders bei solchen Personen, welche viel mit dem Kopf arbeiten, oder welche ein Kopftrauma, Insolation etc. erlitten haben, innerhalb der Schädelhöhle zu lokalisiren. Die Hirnaffektion kann in Folge dessen auch auffallend rasch nach der Infektion (am Locus min. resistent.) auftreten. Die hereditäre Syphilis, nach der Pubertät selten, ist auch beim Fötus sicher nachgewiesen. 2) Pathologie. W. unterscheidet a) gummöse Meningitis: Nur von den Hirnmembranen gehen die Gummata aus; sie finden sich an der Basis, wo sie Neigung zu flächenartiger Ausbreitung zeigen, am häufigsten. b) Corticale Syphilis: Eine primäre specifische Rindensyphilis ist nicht bestimmt nachgewiesen, dagegen finden sich zwei mehr indirekte Affektionen: eine diffuse, von den Meningen ausgehende und auf weite Strecken die Rinde ergreifende gummöse Erkrankung und eine subakute chronische Entzündung der Gefäße und der Glia, welche das nervöse Gewebe in Mitleidenschaft zieht. c) Die Syphilis der Blutgefäße, eine der Hauptursachen des Atheroms.

In der Symptomatologie hebt Verf. das proteusartige, wechselvolle Bild hervor und betont wiederholt, dass auch den akuten Erschei-

nungen ein chronisch latenter Process vorhergeht. Sodann bespricht er die Gruppirung einzelner Symptomenkomplexe und unterzieht den Werth und die Bedeutung der einzelnen Symptome einer ausführlichen Kritik. Bei Abhandlung der Rindensyphilis betont er, dass Syphilis eine Seelenstörung bedingen kann, ohne dass Zeichen einer organischen Läsion auftreten; auch die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse, den er noch nicht für bestimmt erwiesen, aber für sehr wahrscheinlich hält, wird ausführlich erörtert. Zur Diagnose hält er folgende Symptome von Wichtigkeit: andauernder Kopfschmerz, leichte Gedächtnisschwäche, Schlafsucht und Benommenheit, Attacken von Schwindel und Ohnmacht, Erscheinungen, welche auf die Hirnbasis hinweisen, partielle Hemiplegien und spasmodische Kontrakturen der Muskeln. Komplete Hemiplegien mit Deviation conjugée sind eben so wie Neuritis optica nach W.'s Erfahrungen selten. Eben so ist aus dem Verhalten gegen Jodkalium kein bindender Schluss zu ziehen. In prognostischer Beziehung warnt er zu großer Vorsicht. Aus seinen therapeutischen Vorschlägen sei hervorgehoben, dass er bei akuten Erscheinungen mehrfach von Blutentziehungen und ableitendem Verfahren Erfolg gesehen hat.

II. Spinale Syphilis. III. Syphilis der peripheren Nerven. Auch diesen beiden Gebieten des Nervensystems widmet Verf. eine ausführliche Besprechung. Eine primäre syphilitische Affektion eines peripheren Nerven hat er selten gesehen, dagegen häufig Neuritis nach Druck eines Gummas und fortgeleitete sekundäre Entzündung eines Nerven. Allen seinen Darstellungen giebt Verf. gut ausgesuchte, kurz beschriebene Fälle bei und erhält dadurch das Buch noch einen besonderen Werth. **A. Cramer** (Eberswalde).

---

5. Unna. Natur und Behandlung des Ekzems.

(Berliner Klinik 1890. Hft. 27. September.)

Um die Frage zu beantworten, was ist Ekzem, lässt U. in diesem auf der Jahresversammlung der British med. Association in Birmingham gehaltenen Vortrage die Ansichten der bedeutendsten englischen Dermatologen vor unseren Augen Revue passiren. Er beschränkt sich um so mehr auf die englischen Anschauungen, als unser Begriff des Ekzems in England von Willan geschaffen wurde. U. hält das Ekzem für eine parasitäre Erkrankung und definirt die Ekzeme als chronische parasitäre Katarrhe der Haut mit Desquamation, Jucken und der Neigung, auf Reize mit Exsudation und stärkerer Entzündung zu antworten. Fragt man aber nach den thatsächlichen Unterlagen für diese Anschauung, so ist es damit vorläufig noch etwas schwach bestellt und der nachfolgende Ausspruch U.'s wird nach dieser Richtung wohl nicht auf allgemeine Billigung rechnen dürfen: »So berechtigt die allerschärfste Kritik ist einem jeden einzelnen Parasiten gegenüber, der den Anspruch erhebt, die wahre und einzige Ursache einer bestimmten Erkrankung der Oberhaut zu sein, so

wenig berechtigt ist die allgemeine Skepsis gegenüber der parasitären Natur dieser Erkrankung im Allgemeinen.« Es ist gewiss, dass aus der Annahme des Ekzems als einer parasitären Affektion sich sehr gut viele klinische Eigenthümlichkeiten erklären lassen; ob aber gerade auch die Therapie des Ekzems zu Gunsten einer derartigen Anschauung spricht, dürfte doch noch dahin gestellt sein. Jedenfalls verfolgt U. für die Behandlung des chronischen Ekzems zwei verschiedene Wege: 1) die direkte Behandlung, indem er unter Anwendung antiparasitärer Mittel den Keim selbst bekämpft und 2) die indirekte Behandlung, indem er den Nährboden der Oberhaut so verändert, dass derselbe für den specifischen Keim ungünstiger geartet wird. Nach seiner Anschauung giebt es verschiedene chronische Ekzeme, welche sich durch klinische Symptome und den Verlauf sicher unterscheiden lassen und denen verschiedene specifische Keime zu Grunde liegen müssen. Jede Form hat ihre eigene Behandlung. Als Typus greift er das seborrhoische Ekzem heraus und entwickelt hierfür in großen Zügen die bekannte von ihm vorgeschlagene Behandlungsweise. Als das einzige innere Mittel von specifischem Einfluss empfiehlt er das Arsen. **Joseph** (Berlin).

---

6. **v. Ziemssen.** Wissenschaft und Praxis in den letzten 50 Jahren.

(Klin. Vorträge No. 18. Leipzig, **F. C. W. Vogel,** 1890.)

v. Z. schildert in fesselnder Weise den mächtigen Aufschwung, welchen die medicinische Wissenschaft in den letzten 50 Jahren durch die naturwissenschaftliche Richtung genommen. Schönlein führte diese in die klinische Medicin ein, Rokitansky begründete den Ruhm der neuen Wiener Schule durch seine pathologisch-anatomische Lehre, Virchow schuf die pathologische Histologie. Der Verf. bespricht dann die verschiedenen therapeutischen Systeme, welche auf Grund der einzelnen Untersuchungen und Forschungen aufgestellt wurden, die Polypragmosyne der alten Schule mit ihren maßlosen Aderlässen, welcher als Extrem die Hahnemann'sche Lehre folgte. Der Gewinn, der sich für die Therapie durch die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte ergeben, liegt in Verbesserung der diätetischen und der örtlichen Organbehandlungsweise. Die Vermehrung des Umfanges der Wissenschaft erzeugte bereits früh die Abzweigung der Specialitäten von dem Mutterbaum, der inneren Medicin. Für die Praxis hat sich durch das ungeheure Anwachsen der wissenschaftlichen Methoden etc. der Übelstand gezeigt, dass die Ärzte, auch junge, dieselben nicht vollkommen beherrschen. Eine Beseitigung dieses Missstandes wäre durch Verlängerung des Studiums möglich. Der Verf. schildert weiter das Verhältnis des Publikums zu den Ärzten (besonders scharf geißelt er den »Kneipp'schen Hokuspokus«), das Specialistenwesen und bedauert, wie wohl der größte Theil der deutschen Ärzte, dass augenblicklich die Aussichten auf

die Erlangung einer deutschen »Ärzteordnung wieder herabgestimmt seien«. Besonders ist noch darauf hinzuweisen, wie Verf. zum Schlusse anführt, dass in dem Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches die ärztlichen Leistungen unter die Rubrik der »Dienst-, Werk- und Auftragsverträge« gestellt sind.

Die Lektüre dieses hochinteressanten Vortrages ist jedem Arzte zu empfehlen.

G. Meyer (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

7. **M. Luzzato.** Ricerche sulla reazione diazo-benzoica nell' orina. (Della clinica medica propedeutica del prof. B. Luzzato in Padova.)

(Rivista clin. 1890. I.)

Verf. untersuchte nach Ehrlich's bekannter Methode den Urin von 126 Kranken und zahlreichen Gesunden auf das Vorkommen der sog. Diazoreaktion und gelangte zu der Überzeugung, dass diese Reaktion in direkter Beziehung zu bestimmten Krankheiten stehe, sie somit eine klinische Bedeutung besitze und in systematischer Weise ausgeführt zu werden verdiene. Verf. konstatirte die charakteristische Rothfärbung bei: Lungentuberkulose, Nephritis, akutem Gelenkrheumatismus, Ileotyphus, krupöser Pneumonie, Pleuritis etc.; er vermisste sie bei: Gastro-Intestinalkatarrhen, verschiedenen unkomplicirten Herzkrankheiten, Gelbsucht, Diabetes, Pyothorax, Malaria. Beim Ileotyphus erschien die Reaktion in 67% der untersuchten Fälle und Verf. trägt kein Bedenken, ihr hier unter Umständen eine differentialdiagnostische Bedeutung beizulegen. Große Gaben von Antipyrin und hochgradige Prostration der Kräfte schwächen die Intensität der Farbe. Bei chronischer Lungentuberkulose bedeutet Abnahme der Reaktion oft einen Stillstand des Krankheitsprocesses, die Einkapselung einer Kaverne.

Indem L. die pathognostische Bedeutung der Diazoreaktion vertheidigt, stellt er sich in Gegensatz zu seinem Landsmann Oliva, der den höheren Koncentrationsgrad des sparsamen Urins für das Auftreten der bekannten Farbenerscheinung verantwortlich macht und normale Harnbestandtheile als ihre Urheber ansieht. Verf. widerlegt experimentell diese Ansicht und weist auch nach, dass Eiweiß- resp. Zuckergehalt des Urins ohne Bedeutung nach der angedeuteten Richtung sind. Zur unzweifelhaften Kennzeichnung der die Reaktion hervorrufenden chemischen Körper gelangt Verf. in seiner Arbeit nicht, wohl aber wird deren Zugehörigkeit zur aromatischen Reihe wahrscheinlich gemacht. Wie diese Körper in den Urin gelangen? Die Resorption von Eiter soll die Ursache davon sein und doch fehlte die Reaktion in einem Falle von akutem Pyothorax! Auf das Fieber hat man rekurrirt; und doch trat sie bei der ganz fieberfrei verlaufenden Phthise eines jungen Mädchens mit großer Deutlichkeit auf. Hier sind also noch Unklarheiten zu lichten.

P. Marcuse (Berlin).

8. **A. Fraenkel.** Über das Verhalten des Stoffwechsels bei Pyrodinvergiftung.

(Sep.-Abdr. aus der Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XIII.)

Das Pyrodin resp. das reine Acetylphenylhydrazin gehört, wie schon von anderen Autoren festgestellt wurde, zu den Blutgiften. Das Blut nimmt eine braunschwärzliche oder schmierige Farbe an, die wahrscheinlich auf Methämoglobinbildung beruht. Die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt schnell ab, ihre Form und Anordnung verändert sich, die weißen Blutkörperchen sind vermehrt. Dieser hochgradigen Alteration des Blutes entsprechen bei längerem Gebrauch des Mittels in kurzer Zeit sich entwickelnde und gradatim zunehmende Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute und ganz charakteristische Veränderungen des Harns. Derselbe wird zunächst dunkel, mahagonifarben und enthält nach Angabe verschiedener Untersucher reichlich Urobilin; F. konnte allerdings weder dieses noch

Gallenfarbstoff selbst bei tödlicher Vergiftung nachweisen. Bei fortschreitender Vergiftung treten Eiweiß und Blutfarbstoff im Harn auf. In diesem Stadium scheidet dann der Harn meist ein deutliches Sediment ab, das die Produkte einer akuten Nephritis, Blut- und Lymphkörperchen, Epithelien, hyaline und granulirte Cylinder enthält.

Um das Verhalten des Stoffwechsels der Eiweißsubstanzen unter dem Einfluss des Pyrodins zu untersuchen, wurde ein 11,7 kg schwerer Hund zunächst eine Reihe von Tagen hindurch gleichmäßig mit abgewogenen Mengen von Fleisch und Fett gefüttert und die Stoffwechselprodukte festgestellt. Dann wurden von 0,1 bis 0,3 fortschreitende Gaben von Pyrodin subkutan injicirt, und als deren Effekt festgestellt war, zu größeren Quantitäten übergegangen.

Schon die ganz kleinen Quantitäten machten den Urin dunkel, aber zunächst nicht eiweiß- oder bluthaltig. Bei Injektion von 0,3 ab traten dann allmählich die oben schon geschilderten Veränderungen des Urins ein. Der frisch entleerte Urin zeigte spektroskopisch niemals den Methämoglobinstreifen; eben so wenig konnte an irgend einem Tage der genannten Reihe in dem einer kleinen Hautvene entnommenen Körperblute Methämoglobin nachgewiesen werden. In dem Befinden des Thieres machte sich erst nach Einverleibung von 1,85 g in Summa eine Veränderung: Mattigkeit und Trägheit, bemerkbar. Das Körpervenenblut erschien etwas dunkler, dabei zugleich dünner als normal; Zerfallsprodukte rother Blutkörperchen fehlten. An diesem Tage wurden 0,5 g Pyrodin injicirt, worauf zunehmende Schwäche, Erblassen der Schleimhäute, Blutung aus dem Zahnfleisch, schmutzig gelbe Verfärbung der Skleren konstatirt wurde. Der Eiweiß- und Blutgehalt des Urins nahm von jetzt an ab. Am vorletzten Tage wurden nochmals 0,5 g injicirt, worauf das Thier im Laufe des Tages den größten Theil der Nahrung erbrach; am Morgen des folgenden Tages wurde es todt gefunden.

Die Sektion ergab leicht ikterische Färbung des Fettgewebes in der Umgebung der abdominalen Organe, namentlich am Mesenterium. Die Schnittfläche der Leber eigenthümlich bräunlich gefärbt; das Leichenblut enthielt kein Methämoglobin. An den Nieren ziemlich weit vorgeschrittene Verfettung der Rindensubstanz. Die Milz in einen großen, dicken, schwarzen Tumor verwandelt.

Die Ergebnisse der Untersuchung der Stickstoffausscheidung werden durch eine übersichtliche Tabelle veranschaulicht. Unter dem Einflusse der anfänglich zur Injektion gelangenden kleinen Dosen von 0,1 g Acetylphenylhydrazin steigt die Stickstoffausscheidung sofort prompt an, so dass sie die Mittelzahl von fünf voraufgegangenen Normaltagen um volle 3 g übertrifft. Schon am nächsten Tage indess findet ein Wiederabsinken um 1,33 g statt und am übernächsten Tage ist nichts mehr von einer Steigerung wahrnehmbar. Verf. hält es für zweifellos, dass diese vorübergehende Zunahme der Stickstoffausfuhr hauptsächlich das Produkt einer auf die lebende Gewebssubstanz der verschiedenen Organe unmittelbar ausgeübten Giftwirkung ist. Dieselbe erlischt nach kurzer Dauer in Folge einer Adaptirung der Zellen an die auf sie einwirkende Schädlichkeit.

Ein abermaliges Abweichen von den normalen Zahlen hinsichtlich des Verhaltens der Stickstoffausscheidung beginnt mit dem Stärkerwerden des Blutgehaltes im Urin. Die jetzt erfolgende Zunahme des Eiweißzerfalles ist hauptsächlich als Folge der verringerten respiratorischen Funktion des Blutes, mit einem Worte als das Produkt der herabgesetzten Sauerstoffzufuhr zu den Geweben aufzufassen. Vom Tage des Erscheinens von Blut und Eiweiß im Urin bis zum Tage vor dem Tode des Thieres war eine Gesammtzunahme von 9,08 g N zu verzeichnen; die größte 24stündige Differenz betrug 4,06 g.

Das Resultat des Gesammtversuches liefert einen besonderen Beitrag zur toxischen Wirkungsweise des Pyrodins dadurch, dass es zeigt, dass der Tod nicht ausschließlich durch die Zerstörung rother Blutkörperchen oder deren Untauglichwerden zur Respiration erfolgt. Die Veränderungen der Organe, welche bei länger dauernder Wirkung der O-Entziehung nie vermisst werden, die Verfettung der großen Unterleibsdrüsen, waren nur in untergeordnetem Grade vorhanden. Die Muskulatur des Herzens war ganz intakt. Das Acetylphenylhydrazin muss daher

außer der Blutwirkung noch andere die Vitalität der verschiedenen Organe, insbesondere das Nervensystem schädigende Einflüsse ausüben. Vielleicht ist das von F. beobachtete zunehmende Sinken der Körpertemperatur (bis auf 36,9° am Tage vor dem Tode) als Ausdruck beginnender Lähmung des vasomotorischen Centrums aufzufassen. **M. Cohn** (Berlin).

9. **Cadéac et A. Meunier.** Contribution à l'étude physiologique de l'essence de Sauge.

(Province méd. 1890. No. 7.)

Da nach Versuchen von Trousseau und Pidoux die Salbeiblätter in Form von Theeinfus Pat. eingegeben nur geringfügige Erscheinungen wie Schweiß und Hitzegefühl und leichtes Aufgeregtsein hervorgerufen hatten, vermutheten die beiden Verff., das wirksame Princip müsse im Wasser sich nur minimal lösen. Welcher Art die wirksame Substanz sei, geben Verff. nicht genau genug an; sie glauben offenbar, dass es sich um ein ätherisches Öl handle. Zu ihren Thierversuchen benutzten sie eine »Essenz« von Salbei, die sie intravenös injicirten; über deren chemische Reinheit und physikalische Beschaffenheit und in wie weit diese »Essenz« wirklich zu intravenöser Injektion sich eignet, ob sie z. B. als feinste Emulsion oder sonst wie injicirt wurde, darüber lässt sich aus dem Original gar nichts entnehmen.

Nach C. und M. hatten 0,2 dieser »Essenz« intravenös bei Hunden von 14 kg injicirt eine energisch anregende Wirkung auf das cerebrospinale Nervensystem, dessgleichen auch auf die Herzthätigkeit, was sich in größerer Lebhaftigkeit und Munterkeit der Thiere äußerte und ca. 30—40 Minuten anhielt; die Rückkehr zum Normalzustand vollzog sich ohne das bei der Wirkung ätherischer Öle so häufige Zwischenstadium der Depression. Nach 0,9 traten excessive Hyperästhesie mit reflektorisch auslösbaren Muskelzuckungen und offenbar schreckhafte Hallucinationen ein. Die Pupillen waren dilatirt und unbeweglich. Bei noch größeren Dosen, 2,25 g, der »Essenz« (intravenös) gingen die Thiere unter Athemnoth zu Grunde. Kaltblüter gingen durch die Dämpfe der Essenz, nachdem ebenfalls ein deutliches Erregungsstadium voraufgegangen war, durch allgemeine Lähmung zu Grunde. Die klinischen Versuche am Menschen ergaben, als zweckmäßigste Gabe von der Salbeiessenz ungefähr 1 g nüchtern einzunehmen; in dieser Menge wirkt dieselbe als ausgezeichnetes Stimulans auf die Gehirnthätigkeit, ruft ein angenehmes Gefühl von Behaglichkeit hervor, fördert die Verdauung und die Diurese. Bei Gaben, die größer als 2 g sind, treten Sehstörungen auf, ferner abwechselndes Hitze- und Kältegefühl, Schwindel, Übelkeit, Ameisenkriechen, Muskelsteifigkeit und ziemlich schweres allgemeines Unwohlsein. **H. Dreser** (Tübingen).

10. **Schwalbe.** Zur Pathologie der Pulmonalarterienklappen. (Aus dem städt. Krankenhause Friedrichshain.)

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

Die Seltenheit des isolirten Auftretens extra-uteriner rechtsseitiger Klappenfehler waren für den Verf. Veranlassung, vier dahin gehörige Fälle zu beschreiben, welche sämmtlich das Ostium pulmonale betreffen, aber durch ganz verschiedene ätiologische Ursachen bedingt waren. In dem ersten handelte es sich um eine maligne ulceröse Endocarditis der rechten Pulmonalarterienklappe und des Conus pulmonalis, die sowohl durch den ungewöhnlichen Sitz der Entzündung, wie auch durch den ganz eigenthümlichen klinischen Verlauf von besonderem Interesse ist. Im 2. und 3. Falle war es ein chronischer Schrumpfungsprocess vorwiegend einer Klappe bei sehr alten Leuten, der als zufälliger Befund erhoben wurde und sich wahrscheinlich auf dem Boden einer kongenitalen Missbildung entwickelt hatte. Der 4. Fall endlich bietet die höchst seltene Erscheinung einer syphilitischen Herzerkrankung und stellte sich dar als gummöse Myo- und Endocarditis des Conus pulmonalis mit Stenose des letzteren; gummöse Arteriitis und Stenose der Art. pulmonalis; Gummose der Pulmonalklappen; völliger Defekt der rechten Pulmonalklappe. Der Ausgangspunkt der syphilitischen Neubildungen ist in diesem

Falle in die Muskulatur hinein zu verlegen, wo die entzündliche Wucherung in ausgedehntem Maße vorhanden war, während Intima und Endocard nur in relativ geringem Grade betheiligt erschienen. Der völlige Schwund der Klappe aber stempelt den Fall zu einem Unicum.

Verf. betont dann noch die Schwierigkeit der Diagnose des Herzklappenfehlers sowohl wie der Herzsyphilis im Allgemeinen, für welche es im Leben kein einziges sicheres Symptom gäbe als nur die eigenartige Wirkung antisyphilitischer Kuren.

Markwald (Gießen).

11. **Lyon.** L'analyse du suc gastrique; sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques.

Thèse, Paris, **G. Steinheil,** 1890.

Die Dissertation des Verf. enthält eine große Anzahl von persönlichen Beobachtungen der verschiedenen Magenaffektionen und einige von anderen Autoren entlehnte. L. theilt die Arbeit in mehrere Kapitel ein, deren erstes über die chemischen Funktionen des Magens im normalen Zustande handelt. Im zweiten wird die Analyse des Magensaftes beschrieben, im dritten die Störungen der chemischen Magenverdauung, ferner die Hyperacidität, die Anacidität, Gährungsdyspepsie, Magenerweiterung, Gastritis, Verhalten der Magenverdauung in akuten und chronischen Krankheiten, schließlich die Therapie. Unter den der Dissertation angefügten Schlusssätzen, welche übrigens, wie die Arbeit selbst, nichts Neues enthalten (rühmend hervorzuheben ist die Übersicht über die vollständige vom Verf. benutzte »Magenlitteratur« der letzten 20 Jahre), können einige nicht als allgemeingültig hingestellt werden. Die Untersuchung des Magens mit Sonde ist auch bei Anwesenheit eines Aortenaneurysma (nicht allein Hämatemesis) zu unterlassen; die beste Probemahlzeit ist die aus Brot und Fleisch bestehende so unbedingt nicht; den Magensaft gewinnt man nicht am besten durch Aspiration etc.

G. Meyer (Berlin).

12. **His.** Ein Fall von subserösem Darmemphysem bei Typhus. (Aus der medicinischen Klinik zu Leipzig.)

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 12.)

In einem Falle von Typhus trat Perforation eines Geschwürs an der Insertionsstelle des Colons ein mit Durchbruch der Gase ins Mesocolon, wobei dieselben unter der Serosa längs des Dickdarmes sich verbreiteten, da durch eitrige Infiltration des Mesocolon der Weg nach dem Retroperitonealraum gesperrt war. Die Sektion wurde bereits 3 Stunden post mortem vorgenommen, so dass die etwaige Annahme, dass es sich um eine Fäulniserscheinung gehandelt hat, nicht stichhaltig ist. Auch für die Entstehung des Darmemphysems durch Bakterien lagen keine Anhaltspunkte vor.

Markwald (Gießen).

13. **K. Yamagiwa.** Beitrag zur Ätiologie der Jackson'schen Epilepsie.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 3.)

Verf. beschreibt ausführlich die Krankheitsgeschichten nebst den Sektionsbefunden von zwei schweren Fällen von corticaler Epilepsie. In beiden Fällen war die Affektion durch Parasiten und zwar durch Distomum pulmonale hervorgerufen. Es fanden sich in der Rinde disseminirte Herde mit Wurmeiern und meist mit Riesenzellen. Daneben fand sich Neugewebsbildung und Rundzelleninfiltration um die Krankheitsherde. Die Gefäßwände waren verdickt, besonders die Adventitia. In den Lungen ebenfalls Wurmeier, jedoch in dem einen Falle kein Mutterthier. In Fall II ließ sich der Herd der Erkrankung ziemlich genau lokalisiren.

A. Neisser (Berlin).

14. **Feilchenfeld.** Neuritis multiplex cum Glycosuria.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 19.)

Eine 26jährige, vorher gesunde Frau erkrankte plötzlich nach dem Genuss einer Kartoffelsuppe mit Erbrechen und Durchfall. 6 Wochen nachher kam die

Pat. ins Krankenhaus; in der Zwischenzeit hatte sich folgendes Bild entwickelt: heftige Schmerzen in allen vier Extremitäten, welche gegen die Peripherie zunehmen, taubes Gefühl in den Extremitäten, das von der Peripherie fortschreitet, rasch auftretende Ermüdung, Parese, später Paralyse mit darauf folgender Atrophie der Muskeln von der Peripherie der Extremitäten sich entwickelnd, partielle Entartungsreaktion, aufgehobener Tastsinn, gesteigerte Schmerzempfindung, schmerzhafter Druck auf die Muskeln, gegen die Peripherie ausstrahlende Schmerzen bei Druck auf die circumscripten Nervenanschwellungen, gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Muskeln, aufgehobene Sehnenreflexe, stark herabgesetzte Hautreflexe, Ernährungs- und vasomotorische Störungen. Allmählich kehrten die Funktionen der Extremitäten zurück, es blieben nur das Fehlen der Sehnenreflexe und unbedeutendes taubes Gefühl in den Finger- und Zehenspitzen.

Von besonderem Interesse ist, dass Pat. auch an einer Glykosurie (Anfangs 4,7%) litt, die nicht ganz zum Verschwinden gebracht werden konnte.

Wahrscheinlich handelte es sich um eine akute Arsenikvergiftung.

Seifert (Würzburg).

15. **Bruns.** Über neuritische Lähmungen beim Diabetes mellitus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Verf. theilt sehr ausführlich einige Beobachtungen von motorischen Lähmungen bei Diabetes mit, welche nach der ganzen Art des Auftretens und Verlaufes nur durch eine periphere Neuritis bedingt sein konnten. Er kommt auf Grund derselben und der Ergebnisse anderer Forscher zu der Ansicht, dass die peripheren diabetischen Paresen und Paralysen viel häufiger sind, als allgemein angenommen wird; so ist das sehr oft beobachtete Fehlen des Patellarreflexes beim Diabetes, besonders aber die Wiederkehr dieses Phänomens bei Besserung des Allgemeinzustandes auf eine periphere Ursache, und zwar auf eine Ernährungsstörung des Quadriceps femoris zurückzuführen, und eben so ist die bei Diabetes so häufige Muskelschwäche in den unteren Extremitäten als Parese oder Paralyse einzelner Muskeln oder ganzer Muskelgruppen anzusehen. Da nun die motorische, durch Neuritis bedingte Lähmung beim Diabetes mit Vorliebe die unteren Extremitäten befällt und sich bei 3 Fällen des Verf. noch eine besondere Prädilektion für das Cruralis- und Obturatoriusgebiet ergab, so stellt er die Möglichkeit auf, dass hierin bei Gleichartigkeit des Verlaufes — Erkrankung des einen Beines, dann, während dieses sich bessert, Befallenwerden des zweiten in denselben Nervengebieten — ein für den Diabetes charakteristischer Symptomenkomplex gegeben wäre.

Während die Abhängigkeit der Lähmungen vom Diabetes aus dem Verlaufe mit Sicherheit zu entnehmen war, ließ sich ein bestimmtes Verhältnis derselben zur Größe der Zuckerausscheidung nicht finden.

Als eigentlichen Entzündungserreger sieht Verf. mit v. Ziemßen den Zucker selbst an, durch dessen Beseitigung auch der Process rückgängig gemacht werden kann, wenn er noch keine zu große Höhe erreicht hat, während er, eben so wie die alkoholische Lähmung, bei längerer Dauer und Intensität und dem Eintritt degenerativer Vorgänge sich als selbständige, von dem ursprünglichen Leiden nicht mehr abhängige Krankheit darstellt und in dieser Weise weiter entwickelt.

Die Prognose der diabetisch-neuritischen Lähmungen ist keine schlechte, unter Umständen sogar sehr günstig, die Therapie hauptsächlich eine diätetische.

Markwald (Gießen).

16. **M. Berhardt.** Neuropathologische Beobachtungen.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Suppl.-Hft. p. 54.)

I. Klinischer Beitrag zur Lehre von der progressiven (nicht hereditären) Muskelatrophie.

Die 5 ausführlich beschriebenen Fälle B.'s zeichnen sich durch einen ungewöhnlichen und im Allgemeinen weniger bekannten Beginn aus, indem nämlich, namentlich im 1., 2. und 3. Fall, bei vollkommener anfänglicher Integrität der langen Daumenstrecker und des M. abd. poll. longus, so wie bei vollkommener Intaktheit der Daumenballen-, Kleinfingerballen- und Zwischenknochenmuskulatur

ein Typus der Radialislähmung sich zeigte, der sofort an eine Bleilähmung denken ließ. Jedes Mal war die Seite die zuerst von der Krankheit befallene, welche am meisten gebraucht und angestrengt worden war. Durch diese Beobachtungen dürfte nachgewiesen sein, dass die spinale progressive Muskelatrophie doch nicht so selten, wie Duchenne und Déjerine-Klumpke meinen, unter dem Bilde einer partiellen Radialislähmung beginnt. Die Radialislähmung kann jedoch, obgleich auf den ersten Blick an eine Bleilähmung erinnernd, durch die Anamnese, durch die Hartnäckigkeit des Bestehenbleibens, durch die Erfolglosigkeit zweckentsprechender Kuren, durch den allmählich immer deutlicher werdenden progressiven Charakter, durch die frühe Betheiligung des Ext. carp. ulnaris und des 1. M. interosseus, durch das lange Erhaltenbleiben der radialen Handstrecker gegenüber den anderen vom N. radialis innervirten Muskeln von jener unterschieden werden.

II. Über einen Fall von multipler Neuritis, ausgezeichnet durch schwere Erregbarkeitsveränderungen der nie gelähmt gewesenen Nerven (auch der Nn. faciales).

Bei einem gesunden, 21jährigen, dem Alkoholgenuss ergebenen Kutscher bilden sich im Verlauf weniger Monate folgende Erscheinungen aus: das Gehvermögen verschlechtert sich zusehends, es tritt Taumeln und Schwanken auf, die Bewegungen der oberen Extremitäten werden unsicher und zittrig und die Ataxie nimmt schließlich so zu, dass der Kranke nicht mehr im Stande ist, sich allein anzukleiden und sich überhaupt allein fortzuhelfen. Psychisch stellt sich leichte Erregbarkeit ein. Fieber, Schmerz oder Appetitlosigkeit bestehen nicht, eben so fehlt eine wahre motorische Lähmung. Dagegen ergiebt die elektrische Untersuchung eine über die gesammte Körpermuskulatur, über das Bereich fast aller spinalen Nerven und über das Facialisgebiet sich erstreckende enorme Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln. Diese Erscheinung ist auf eine durch den Alkoholismus bedingte Neuritis zurückzuführen. Das Erhaltenbleiben der Motilität könnte auf eine Degeneration der Markscheiden bei erhaltenem Achsencylinder zurückgeführt werden, wenn sich auch ein bestimmter Beweis dafür noch nicht führen lässt und vielleicht auch noch andere, bis jetzt unbekannte Momente in Betracht kommen. Bezüglich der Ataxie bemerkt B., dass dieselbe wohl auf eine Läsion der sensiblen Fasern zurückgeführt werden kann, dass es aber vorläufig noch nicht gerechtfertigt erscheint, namentlich bei Alkoholneuritis, jede Veränderung in den Centralorganen auszuschließen.

A. Cramer (Eberswalde).

17. **Peiper.** Über Myoklonie (Paramyoclonus multiplex).

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 19.)

Der 29jährige Mann wurde von P. im Greifswalder medicinischen Verein vorgestellt.

Pat. wurde nach langdauernder und schwerer Geburt in Steißlage stark asphyktisch geboren, erst nach 1stündigen Bemühungen gelang es dem Hausarzte, das Kind zum Leben zurückzurufen. Den Eltern fiel schon in den ersten Lebenstagen die eigenthümliche Stellung der Hände und Füße auf.

Bei dem Pat. zeigen sich klonische Krämpfe in einer Anzahl symmetrischer Muskeln der mimischen Gesichtsmuskulatur, wie der oberen und unteren Extremitäten. Das Leiden datirt zurück auf die Zeit, wo Pat. den Gebrauch seiner Extremitäten und der Sprache erlernte. Bei willkürlichen Bewegungen und im Schlafe cessiren die Zuckungen. Sobald sich Pat. beobachtet weiß, so wie bei Haut- und Muskelreizen, bei Schreck tritt eine Verstärkung der Zuckungen ein. Die Sensibilität ist intakt, eben so die motorische Kraft der afficirten Muskeln. Die faradische und galvanische Erregbarkeit verhalten sich normal. Es besteht hingegen eine erhebliche Verstärkung des Patellarsehnenreflexes. Vielleicht ist in diesem Falle die durch die starke Asphyxie bedingte venöse Hyperämie als ursächliches Moment anzusehen, indem durch dieselbe eine dauernde Schädigung des Centralnervensystems bedingt wurde.

Bei der Diskussion macht Grawitz darauf aufmerksam, dass man den Sitz

des Leidens eher in die Gegend der Centralwindungen als in die Vorderhörner des Rückenmarkes (Friedreich) verlegen dürfte. Man könnte die Störung in dem motorischen Rindencentrum suchen oder auf derjenigen Strecke, welche die Nerven der unteren Extremitäten, der oberen Extremitäten und des Facialis gemeinsam durchlaufen, d. h. innerhalb des cerebralen Abschnittes der Pyramidenbahnen.

Löffler erwähnt einen früher von ihm beobachteten Fall, der einen Rekruten betrifft, bei welchem nach einem Schlag auf das linke Auge Krämpfe in den beiden Mm. orbiculares oculi, leichte Krämpfe der Mundmuskulatur und in beiden Händen und den Zehen beider Füße auftraten, welche im Schlafe aufhörten. Pat. erlag später einem Typhus. Die Obduktion ergab keine Veränderungen in den Centralorganen. **Seifert** (Würzburg).

18. **Grosz.** Ein Fall von Scleroderma bei einem 6jährigen Mädchen.

(Pester med.-chir. Presse 1890. [Excerpt.])

Die betr. Erkrankung, welche im Laufe einer 2jährigen Beobachtung langsam, aber stetig sich verschlimmerte und daher eine ungünstige Prognose bietet, war Anfangs in der linken Unterextremität lokalisirt und täuschte eine Coxitis vor. Zuerst (März 1888) bestanden nur Schmerzen in der linken Hüftgegend, bald darauf trat eine mäßige Röthung und Schwellung der Haut der linken Kniekehle bis zum Steiß hinauf ein; später (August) entwickelte sich das Übel rascher und ergriff die ganze Unterextremität, besonders die Streckseite von Unterschenkel und Fuß, wo die Haut bretthart, dunkel verfärbt und nicht faltbar wurde. Nur der äußere und innere Rand der Sohle blieb frei. Die Extremität wurde im Knie etwas gebeugt gehalten, war etwas atrophisch, Knie und Fußgelenk waren in ihrer Beweglichkeit gehemmt, aber nicht das Hüftgelenk; der Gang war hinkend. Trotz roborirender Diät — Pat. war zugleich anämisch — und Massage der erkrankten Haut, schritt der Process langsam weiter und ergriff (April 1889) auch die bis dahin verschonten Theile der Fußsohle, besonders aber ging er auf die Bauchdecke über unter Schwellung der Inguinaldrüsen und erheblicher Funktionsstörung der kranken Extremität. Dabei blieb die Sensibilität normal, nur die Schweißabsonderung war etwas vermindert.

Außer Massage wurden auch warme Bäder, täglich 2mal 1 Stunde lang, und Einreibungen vergeblich angewendet.

G. schließt sich in Bezug auf die Ätiologie denjenigen Autoren an, die das Scleroderma als Trophoneurose auffassen. **Rosin** (Breslau).

19. **Redard.** De l'obstruction nasale, principalement par les tumeurs adénoides dans leur rapports avec les déviations de la colonne vertébrale et les déformations thoraciques.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 12.)

Verf. hat vielfach beobachtet, dass Kinder mit verstopften Nasen an Verkrümmungen der Wirbelsäule, so wie an Missgestaltungen des Brustkorbes leiden. Besonders die letzteren bessern sich nach Freilegung der Nase (Entfernung von Polypen, adenoiden Wucherungen etc.). Er stellt folgende Schlusssätze auf:

1) Die Nasenverstopfung ist eine sehr häufige Ursache der Kyphose, Skoliose und Brustkorbmissbildung.

2) Die Skoliosen, welche durch die Nase bedingt sind, sind meistens dorsal, mit langer Krümmung, wenig ausgeprägt, häufig bei Frauen, begleiten wichtige Missgestaltungen des Thorax, erscheinen und entwickeln sich hauptsächlich in der Jugend, im Augenblick der Wachsthumsperiode, in Folge einer bestimmte Zeit dauernden Entzündung der Schleimhäute der oberen Athmungswege.

3) Die beobachteten Thoraxmissbildungen müssen vielmehr auf Verstopfung der Nase, besonders durch adenoide Tumoren, als auf Hypertrophie der Tonsillen bezogen werden.

4) Die Nasenverstopfung ist am häufigsten durch adenoide Geschwülste und ihre verschiedenen Arten bedingt.

5) Die Behandlung der Nasenverlegung bessert sehr schnell manche Formen von Kyphose, Skoliose und Thoraxmissbildung. **G. Meyer** (Berlin).

20. **E. Pfeiffer.** Zur Behandlung verschiedener Nierenerkrankungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 20.)

Auf Grund seiner Erfahrungen stellt Verf. folgende Grundsätze betreffs der Behandlung der harnsauren Nierensteine auf: Um harnsaure Nierensteine zu entfernen und die Bildung neuer Steine zu verhindern, ist der unausgesetzte Gebrauch eines alkalischen Mineralwassers nothwendig. Nach den klinischen wie experimentellen Erfahrungen eignen sich von den deutschen Wassern Fachingen und die Offenbacher Kaiser Friedrichs-Quelle. Außer dem ständigen Gebrauche dieser Säuerlinge erweisen sich Mineralbäder überaus nützlich, um die harnsaure Diathese für längere Zeit zurückzudrängen; gleichzeitig wird durch dieselben eine möglichst schmerzlose Ausscheidung der Steine bewirkt. **Peiper** (Greifswald).

21. **Imrédy.** Über die Wirkung des Orexinum muriaticum als Stomachicum.

(Pester med.-chir. Presse 1890. April. [Excerpt.])

Die Erfahrungen, welche I. bei 12 an Appetitlosigkeit leidenden Pat. mit Orexin gemacht hat, sind sehr wenig ermuthigend. Das Mittel, dessen ätzende Wirkung sehr unangenehm auffiel, wurde in Oblaten und gelatinirten Pillen nach der Penzoldt'schen Vorschrift gegeben (Rp.: Orex. mur. 2,0, Extr. Gent. et pulv. Alth. q. s. u. f. pil. No. 20, Obd. gelat. D. täglich 2mal 3—5 Pillen).

Nach den gewonnenen Erfahrungen verursachte das Mittel Nausea und Erbrechen, von einer Vermehrung des Appetits konnte sich I. nicht überzeugen; jedenfalls blieb irgend welches Hungergefühl gänzlich aus.

Das Orexin kann nach I. wegen der unangenehmen Nebenwirkungen nicht empfohlen werden, besonders widerräth er seine Anwendung den Arzten in der Privatpraxis. **Rosin** (Breslau).

Bücher-Anzeigen.

22. **A. Bing** (Wien). Vorlesungen über Ohrenheilkunde.

Wien, **W. Braumüller,** 1890.

Vorliegendes Lehrbuch der Ohrenheilkunde, welches in Kürze das praktisch Wichtige aus der Otologie erbringt, enthält die Vorlesungen, welche der Herr Verf. als Assistent der Herren Prof. Gruber und Politzer zu halten pflegt. In wie weit ein Bedürfnis für ein derartiges kurzgefasstes Lehrbuch vorliegt, wollen wir nicht untersuchen. Wir geben im Allgemeinen den ausführlicheren Lehrbüchern — wir nennen die Lehrbücher von Politzer, Gruber u. A. — weitaus den Vorzug und auch selbst beim ersten Unterricht. Nichtsdestoweniger erfüllen auch diese kurzen Lehrbücher ein gewisses Bedürfnis, vorausgesetzt, dass sie bei der Auswahl des Stoffes und bei der Darstellung in richtiger Weise würdigend verfahren, und dies lässt sich von dem vorliegenden Handbuche in vollem Maße sagen. Die Materie ist in 12 Vorlesungen zusammengefasst, in denen ganz systematisch die Untersuchungsmethoden, die allgemeine und specielle Pathologie und Therapie berücksichtigt werden. Die Schlussvorlesung beschäftigt sich mit den künstlichen Apparaten zur Korrektur der Gehörstörungen, Taubheit und Taubstummheit. Druck und Ausstattung des Buches sind entsprechend dem bekannten Rufe der Verlagsbuchhandlung vorzüglich; leider fehlt ein Nachschlagregister, welches stets zur besseren Orientirung dient. **B. Baginsky** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

No. 47. **Beilage.** 1890.

Weitere Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose.

Von

Prof. **R. Koch,** Berlin.

Abgedruckt aus der Deutschen med. Wochenschrift 1890. No. 46[a]. Extra-Ausgabe.
Mit Genehmigung des Verlegers Georg Thieme in Leipzig.

In einem Vortrage, welchen ich vor einigen Monaten auf dem internationalen medicinischen Kongresse hielt, habe ich ein Mittel erwähnt, welches im Stande ist, Versuchsthiere unempfänglich gegen Impfung mit Tuberkelbacillen zu machen und bei schon erkrankten Thieren den tuberkulösen Krankheitsprocess zum Stillstand zu bringen. Mit diesem Mittel sind inzwischen Versuche am Menschen gemacht, über welche im Nachstehenden berichtet werden soll.

Eigentlich war es meine Absicht, die Untersuchungen vollständig zum Abschluss zu bringen und namentlich auch ausreichende Erfahrungen über die Anwendung des Mittels in der Praxis und seine Herstellung in größerem Maßstabe zu gewinnen, ehe ich etwas darüber veröffentlichte. Aber es ist trotz aller Vorsichtsmaßregeln zu viel davon, und zwar in entstellter und übertriebener Weise, in die Öffentlichkeit gedrungen, so dass es mir geboten erscheint, um keine falschen Vorstellungen aufkommen zu lassen, schon jetzt eine orientirende Übersicht über den augenblicklichen Stand der Sache zu geben. Allerdings kann dieselbe unter den gegebenen Verhältnissen nur kurz ausfallen und muss manche wichtige Frage noch offen lassen.

Die Versuche sind unter meiner Leitung von den Herren Dr. A. Libbertz und Stabsarzt Dr. E. Pfuhl ausgeführt und zum Theil noch im Gange. Das nöthige Krankenmaterial haben zur Verfügung gestellt Herr Prof. Brieger aus seiner Poliklinik, Herr Dr. W. Levy in seiner chirurgischen Privatklinik, Herr Geheimrath Fraentzel

und Herr Oberstabsarzt R. Köhler im Charité-Krankenhause und Herr Geheimrath v. Bergmann in der chirurgischen Universitätsklinik. Allen diesen Herren, so wie deren Assistenten, welche bei den Versuchen behilflich gewesen sind, möchte ich an dieser Stelle für das lebhafte Interesse, welches sie der Sache gewidmet und für das uneigennützige Entgegenkommen, das sie mir bewiesen haben, meinen tiefgefühlten Dank aussprechen. Ohne diese vielseitige Mithilfe wäre es nicht möglich gewesen, die schwierige und verantwortungsvolle Untersuchung in wenigen Monaten so weit zu fördern.

Über die Herkunft und die Bereitung des Mittels kann ich, da meine Arbeit noch nicht abgeschlossen ist, hier noch keine Angaben machen, sondern muss mir dieselben für eine spätere Mittheilung vorbehalten[1].

Das Mittel besteht aus einer bräunlichen klaren Flüssigkeit, welche an und für sich, also ohne besondere Vorsichtsmaßregeln, haltbar ist. Für den Gebrauch muss diese Flüssigkeit aber mehr oder weniger verdünnt werden, und die Verdünnungen sind, wenn sie mit destillirtem Wasser hergestellt werden, zersetzlich; es entwickeln sich darin sehr bald Bakterienvegetationen, sie werden trübe und sind dann nicht mehr zu gebrauchen. Um dies zu verhüten, müssen die Verdünnungen durch Hitze sterilisirt und unter Watteverschluss aufbewahrt, oder, was bequemer ist, mit 0,5 %iger Phenollösung hergestellt werden. Durch öfteres Erhitzen sowohl, als durch die Mischung mit Phenollösung scheint aber die Wirkung nach einiger Zeit, namentlich in stark verdünnten Lösungen, beeinträchtigt zu werden, und ich habe mich desswegen immer möglichst frisch hergestellter Lösungen bedient.

Vom Magen aus wirkt das Mittel nicht; um eine zuverlässige Wirkung zu erzielen, muss es subkutan beigebracht werden. Wir haben bei unseren Versuchen zu diesem Zwecke ausschließlich die von mir für bakteriologische Arbeiten angegebene Spritze benutzt, welche mit einem kleinen Gummiballon versehen ist und keinen Stempel hat. Eine solche Spritze lässt sich leicht und sicher durch Ausspülen mit absolutem Alkohol aseptisch erhalten, und wir schreiben es diesem Umstande zu, dass bei mehr als tausend subkutanen Injektionen nicht ein einziger Abscess entstanden ist.

Als Applikationsstelle wählten wir, nach einigen Versuchen mit anderen Stellen, die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern und in der Lendengegend, weil die Injektion an diesen Stellen am wenigsten, in der Regel sogar überhaupt keine örtliche Reaktion zeigte und fast schmerzlos war.

---

[1] Diejenigen Ärzte, welche jetzt schon Versuche mit dem Mittel anstellen wollen, können dasselbe von Dr. A. Libbertz (Berlin NW., Lüneburgerstraße 28 II) beziehen, welcher unter meiner und Dr. Pfuhl's Mitwirkung die Herstellung des Mittels übernommen hat. Doch muss ich bemerken, dass der zur Zeit vorhandene Vorrath nur ein sehr geringer ist, und dass erst nach einigen Wochen etwas größere Mengen zur Verfügung stehen werden.

Was nun die Wirkung des Mittels auf den Menschen anlangt, so stellte sich gleich beim Beginn der Versuche heraus, dass in einem sehr wichtigen Punkte der Mensch sich dem Mittel gegenüber wesentlich anders verhält, als das gewöhnlich benutzte Versuchsthier, das Meerschweinchen. Also wiederum eine Bestätigung der gar nicht genug einzuschärfenden Regel für den Experimentator, dass man nicht ohne Weiteres vom Thierexperiment auf das gleiche Verhalten beim Menschen schließen soll.

Der Mensch erwies sich nämlich außerordentlich viel empfindlicher für die Wirkung des Mittels als das Meerschweinchen. Einem gesunden Meerschweinchen kann man bis zu 2 ccm und selbst mehr von der unverdünnten Flüssigkeit subkutan injiciren, ohne dass dasselbe dadurch merklich beeinträchtigt wird. Bei einem gesunden erwachsenen Menschen genügt dagegen 0,25 ccm, um eine intensive Wirkung hervorzubringen. Auf Körpergewicht berechnet ist also $^1/_{1500}$ von der Menge, welche beim Meerschweinchen noch keine merkliche Wirkung hervorbringt, für den Menschen sehr stark wirkend.

Die Symptome, welche nach der Injektion von 0,25 ccm beim Menschen entstehen, habe ich an mir selbst nach einer am Oberarm gemachten Injektion erfahren; sie waren in Kürze folgende: 3—4 Stunden nach der Injektion Ziehen in den Gliedern, Mattigkeit, Neigung zum Husten, Athembeschwerden, welche sich schnell steigerten; in der 5. Stunde trat ein ungewöhnlich heftiger Schüttelfrost ein, welcher fast eine Stunde andauerte; zugleich Übelkeit, Erbrechen, Ansteigen der Körpertemperatur bis zu 39,6°; nach etwa 12 Stunden ließen sämmtliche Beschwerden nach, die Temperatur sank und erreichte bis zum nächsten Tage wieder die normale Höhe; Schwere in den Gliedern und Mattigkeit hielten noch einige Tage an, eben so lange Zeit blieb die Injektionsstelle ein wenig schmerzhaft und geröthet.

Die untere Grenze der Wirkung des Mittels liegt für den gesunden Menschen ungefähr bei 0,01 ccm (gleich einem Cubikcentimeter der hundertfachen Verdünnung), wie zahlreiche Versuche ergeben haben. Die meisten Menschen reagirten auf diese Dosis nur noch mit leichten Gliederschmerzen und bald vorübergehender Mattigkeit. Bei einigen trat außerdem noch eine leichte Temperatursteigerung ein bis zu 38° oder wenig darüber hinaus.

Wenn in Bezug auf die Dosis des Mittels (auf Körpergewicht berechnet) zwischen Versuchsthier und Mensch ein ganz bedeutender Unterschied besteht, so zeigt sich doch in einigen anderen Eigenschaften wieder eine ziemlich gute Übereinstimmung.

Die wichtigste dieser Eigenschaften ist die specifische Wirkung des Mittels auf tuberkulöse Processe, welcher Art sie auch sein mögen.

Das Verhalten des Versuchsthieres in dieser Beziehung will ich, da dies zu weit führen würde, hier nicht weiter schildern, sondern

mich sofort dem höchst merkwürdigen Verhalten des tuberkulösen Menschen zuwenden.

Der gesunde Mensch reagirt, wie wir gesehen haben, auf 0,01 ccm gar nicht mehr oder in unbedeutender Weise. Ganz dasselbe gilt auch, wie vielfache Versuche gezeigt haben, für kranke Menschen, vorausgesetzt, dass sie nicht tuberkulös sind. Aber ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei Tuberkulösen; wenn man diesen dieselbe Dosis des Mittels (0,01 ccm) injicirt[2], dann tritt sowohl eine starke allgemeine, als auch eine örtliche Reaktion ein.

Die allgemeine Reaktion besteht in einem Fieberanfall, welcher, meistens mit einem Schüttelfrost beginnend, die Körpertemperatur über 39°, oft bis 40 und selbst 41° steigert; daneben bestehen Gliederschmerzen, Hustenreiz, große Mattigkeit, öfters Übelkeit und Erbrechen. Einige Male wurde eine leichte ikterische Färbung, in einigen Fällen auch das Auftreten eines masernartigen Exanthems an Brust und Hals beobachtet. Der Anfall beginnt in der Regel 4—5 Stunden nach der Injektion und dauert 12—15 Stunden. Ausnahmsweise kann er auch später auftreten und verläuft dann mit geringerer Intensität. Die Kranken werden von dem Anfall auffallend wenig angegriffen und fühlen sich, sobald er vorüber ist, verhältnismäßig wohl, gewöhnlich sogar besser wie vor demselben.

Die örtliche Reaktion kann am besten an solchen Kranken beobachtet werden, deren tuberkulöse Affektion sichtbar zu Tage liegt, also z. B. bei Lupuskranken. Bei diesen treten Veränderungen ein, welche die specifisch antituberkulöse Wirkung des Mittels in einer ganz überraschenden Weise erkennen lassen. Einige Stunden nachdem die Injektion unter die Rückenhaut, also an einem von den erkrankten Hauttheilen im Gesicht etc. ganz entfernten Punkte gemacht ist, fangen die lupösen Stellen, und zwar gewöhnlich schon vor Beginn des Frostanfalles an zu schwellen und sich zu röthen. Während des Fiebers nimmt Schwellung und Röthung immer mehr zu und kann schließlich einen ganz bedeutenden Grad erreichen, so dass das Lupusgewebe stellenweise braunroth und nekrotisch wird. An schärfer abgegrenzten Lupusherden war öfters die stark geschwollene und braunroth gefärbte Stelle von einem weißlichen fast einen Centimeter breiten Saum eingefasst, der seinerseits wieder von einem breiten lebhaft gerötheten Hof umgeben war. Nach Abfall des Fiebers nimmt die Anschwellung der lupösen Stellen allmählich wieder ab, so dass sie nach 2—3 Tagen verschwunden sein kann. Die Lupusherde selbst haben sich mit Krusten von aussickerndem und an der Luft vertrocknetem Serum bedeckt, sie verwandeln sich in Borken, welche nach 2—3 Wochen abfallen und mitunter schon nach einmaliger Injektion des Mittels eine glatte rothe Narbe hinterlassen. Gewöhnlich bedarf es aber mehrerer Injektionen zur voll-

[2] Kindern im Alter von 3—5 Jahren haben wir ein Zehntel dieser Dosis, also 0,001, sehr schwächlichen Kindern nur 0,0005 ccm gegeben und damit eine kräftige, aber nicht besorgniserregende Reaktion erhalten.

ständigen Beseitigung des lupösen Gewebes, doch davon später. Als besonders wichtig bei diesem Vorgange muss noch hervorgehoben werden, dass die geschilderten Veränderungen sich durchaus auf die lupös erkrankten Hautstellen beschränken; selbst die kleinsten und unscheinbarsten im Narbengewebe versteckten Knötchen machen den Process durch und werden in Folge der Anschwellung und Farbenveränderung sichtbar, während das eigentliche Narbengewebe, in welchem die lupösen Veränderungen gänzlich abgelaufen sind, unverändert bleibt.

Die Beobachtung eines mit dem Mittel behandelten Lupuskranken ist so instruktiv und muss zugleich so überzeugend in Bezug auf die specifische Natur des Mittels wirken, dass Jeder, der sich mit dem Mittel beschäftigen will, seine Versuche, wenn es irgend zu ermöglichen ist, mit Lupösen beginnen sollte.

Weniger frappant, aber immer noch für Auge und Gefühl wahrnehmbar, sind die örtlichen Reaktionen bei Tuberkulose der Lymphdrüsen, der Knochen und Gelenke etc., bei welchen Anschwellung, vermehrte Schmerzhaftigkeit, bei oberflächlich gelegenen Theilen auch Röthung sich bemerklich machen.

Die Reaktion in den inneren Organen, namentlich in den Lungen, entzieht sich dagegen der Beobachtung, wenn man nicht etwa vermehrten Husten und Auswurf der Lungenkranken nach den ersten Injektionen auf eine örtliche Reaktion beziehen will. In derartigen Fällen dominirt die allgemeine Reaktion. Gleichwohl muss man annehmen, dass auch hier sich gleiche Veränderungen vollziehen, wie sie beim Lupus direkt beobachtet werden.

Die geschilderten Reaktionserscheinungen sind, wenn irgend ein tuberkulöser Process im Körper vorhanden war, auf die Dosis von 0,01 ccm in den bisherigen Versuchen ausnahmslos eingetreten, und ich glaube desswegen nicht zu weit zu gehen, wenn ich annehme, dass das Mittel in Zukunft ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel bilden wird. Man wird damit im Stande sein, zweifelhafte Fälle von beginnender Phthisis selbst dann noch zu diagnosticiren, wenn es nicht gelingt, durch den Befund von Bacillen oder elastischen Fasern im Sputum oder durch die physikalische Untersuchung eine sichere Auskunft über die Natur des Leidens zu erhalten. Drüsenaffektionen, versteckte Knochentuberkulose, zweifelhafte Hauttuberkulose und dergleichen werden leicht und sicher als solche zu erkennen sein. In scheinbar abgelaufenen Fällen von Lungen- und Gelenktuberkulose wird sich feststellen lassen, ob der Krankheitsprocess in Wirklichkeit schon seinen Abschluss gefunden hat, und ob nicht doch noch einzelne Herde vorhanden sind, von denen aus die Krankheit, wie von einem unter der Asche glimmenden Funken, später von Neuem um sich greifen könnte.

Sehr viel wichtiger aber als die Bedeutung, welche das Mittel für diagnostische Zwecke hat, ist seine Heilwirkung.

Bei der Beschreibung der Veränderungen, welche eine subkutane

Injektion des Mittels auf lupös veränderte Hautstellen hervorruft, wurde bereits erwähnt, dass nach Abnahme der Schwellung und Röthung das Lupusgewebe nicht seinen ursprünglichen Zustand wieder einnimmt, sondern dass es mehr oder weniger zerstört wird und verschwindet. An einzelnen Stellen geht dies, wie der Augenschein lehrt, in der Weise vor sich, dass das kranke Gewebe schon nach einer ausreichenden Injektion unmittelbar abstirbt und als todte Masse später abgestoßen wird. An anderen Stellen scheint mehr ein Schwund oder eine Art von Schmelzung des Gewebes einzutreten, welche, um vollständig zu werden, wiederholter Einwirkung des Mittels bedarf. In welcher Weise dieser Vorgang sich vollzieht, lässt sich augenblicklich noch nicht mit Bestimmtheit sagen, da es an den erforderlichen histologischen Untersuchungen fehlt. Nur so viel steht fest, dass es sich nicht um eine Abtödtung der im Gewebe befindlichen Tuberkelbacillen handelt, sondern dass nur das Gewebe, welches die Tuberkelbacillen einschließt, von der Wirkung des Mittels getroffen wird. In diesem treten, wie die sichtbare Schwellung und Röthung zeigt, erhebliche Cirkulationsstörungen und damit offenbar tiefgreifende Veränderungen in der Ernährung ein, welche das Gewebe je nach der Art und Weise, in welcher man das Mittel wirken lässt, mehr oder weniger schnell und tief zum Absterben bringen.

Das Mittel tödtet also, um es noch einmal kurz zu wiederholen, nicht die Tuberkelbacillen, sondern das tuberkulöse Gewebe. Damit ist aber auch sofort ganz bestimmt die Grenze bezeichnet, bis zu welcher die Wirkung des Mittels sich zu erstrecken vermag. Es ist nur im Stande, lebendes tuberkulöses Gewebe zu beeinflussen; auf bereits todtes, z. B. abgestorbene käsige Massen, nekrotische Knochen etc., wirkt es nicht; eben so wenig auch auf das durch das Mittel selbst bereits zum Absterben gebrachte Gewebe. In solchen todten Gewebsmassen können dann immerhin noch lebende Tuberkelbacillen lagern, welche entweder mit dem nekrotischen Gewebe ausgestoßen werden, möglicherweise aber auch unter besonderen Verhältnissen in das benachbarte noch lebende Gewebe wieder eindringen könnten.

Gerade diese Eigenschaft des Mittels ist sorgfältig zu beachten, wenn man die Heilwirkung desselben richtig ausnutzen will. Es muss also zunächst das noch lebende tuberkulöse Gewebe zum Absterben gebracht, und dann Alles aufgeboten werden, um das todte sobald als möglich, z. B. durch chirurgische Nachhilfe, zu entfernen; da aber, wo dies nicht möglich ist, und nur durch Selbsthilfe des Organismus die Aussonderung langsam vor sich gehen kann, muss zugleich durch fortgesetzte Anwendung des Mittels das gefährdete lebende Gewebe vor dem Wiedereinwandern der Parasiten geschützt werden.

Daraus, dass das Mittel das tuberkulöse Gewebe zum Absterben bringt und nur auf das lebende Gewebe wirkt, lässt sich ungezwungen noch ein anderes, höchst eigenthümliches Verhalten des Mittels er-

klären, dass es nämlich in sehr schnell gesteigerten Dosen gegeben werden kann. Zunächst könnte diese Erscheinung als auf Angewöhnung beruhend gedeutet werden. Wenn man aber erfährt, dass die Steigerung der Dosis im Laufe von etwa 3 Wocheu bis auf das 500fache der Anfangsdosis getrieben werden kann, dann lässt sich dies wohl nicht mehr als Angewöhnung auffassen, da es an jedem Analogon von so weitgehender und so schneller Anpassung an ein stark wirkendes Mittel fehlt.

Man wird sich diese Erscheinung vielmehr so zu erklären haben, dass Anfangs viel tuberkulöses lebendes Gewebe vorhanden ist, und dem entsprechend eine geringe Menge der wirksamen Substanz ausreicht, um eine starke Reaktion zu veranlassen; durch jede Injektion wird aber eine gewisse Menge reaktionsfähigen Gewebes zum Schwinden gebracht, und es bedarf dann verhältnismäßig immer größerer Dosen, um denselben Grad von Reaktion wie früher zu erzielen. Daneben her mag auch innerhalb gewisser Grenzen eine Angewöhnung sich geltend machen. Sobald der Tuberkulöse so weit mit steigenden Dosen behandelt ist, dass er nur noch eben so wenig reagirt, wie ein Nichttuberkulöser, dann darf man wohl annehmen, dass alles reaktionsfähige tuberkulöse Gewebe getödtet ist. Man wird alsdann nur noch, um den Kranken, so lange noch Bacillen im Körper vorhanden sind, vor einer neuen Infektion zu schützen, mit langsam steigenden Dosen und mit Unterbrechungen die Behandlung fortzusetzen haben.

Ob diese Auffassung und die sich daran knüpfenden Folgerungen richtig sind, das wird die Zukunft lehren müssen. Vorläufig sind sie für mich maßgebend gewesen, um danach die Art und Weise der Anwendung des Mittels zu konstruiren, welche sich bei unseren Versuchen folgendermaßen gestaltete:

Um wieder mit dem einfachsten Falle, nämlich mit dem Lupus zu beginnen, so haben wir fast bei allen derartigen Kranken von vorn herein die volle Dosis von 0,01 ccm injicirt, dann die Reaktion vollständig ablaufen lassen und nach 1—2 Wochen wieder 0,01 ccm gegeben, so fortfahrend, bis die Reaktion immer schwächer wurde und schließlich aufhörte. Bei zwei Kranken mit Gesichtslupus sind in dieser Weise durch 3 bezw. 4 Injektionen die lupösen Stellen zur glatten Vernarbung gebracht, die übrigen Lupuskranken sind der Dauer der Behandlung entsprechend gebessert. Alle diese Kranken haben ihr Leiden schon viele Jahre getragen und sind vorher in der verschiedensten Weise erfolglos behandelt.

Ganz ähnlich wurden Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose behandelt, indem ebenfalls große Dosen mit längeren Unterbrechungen zur Anwendung kamen. Der Erfolg war der gleiche wie bei Lupus; schnelle Heilung in frischen und leichteren Fällen, langsam fortschreitende Besserung bei den schweren Fällen.

Etwas anders gestalteten sich die Verhältnisse bei der Hauptmasse unserer Kranken, bei den Phthisikern. Kranke mit ausge-

sprochener Lungentuberkulose sind nämlich gegen das Mittel weit empfindlicher, als die mit chirurgischen tuberkulösen Affektionen behafteten. Wir mussten die für Phthisiker anfänglich zu hoch bemessene Dosis von 0,01 ccm sehr bald herabsetzen und fanden, dass Phthisiker fast regelmäßig noch auf 0,002 und selbst 0,001 ccm stark reagirten, dass man aber von dieser niedrigen Anfangsdosis mehr oder weniger schnell zu denselben Mengen aufsteigen kann, welche auch von den anderen Kranken gut ertragen werden. Wir verfuhren in der Regel so, dass der Phthisiker zuerst 0,001 ccm injicirt erhielt, und dass, wenn Temperaturerhöhung danach eintrat, dieselbe Dosis so lange täglich einmal wiederholt wurde, bis keine Reaktion mehr erfolgte; erst dann wurde auf 0,002 gestiegen, bis auch diese Menge reaktionslos vertragen wurde, und so fort immer um 0,001 oder höchstens 0,002 steigend, bis zu 0,01 und darüber hinaus. Dieses milde Verfahren schien mir namentlich bei solchen Kranken geboten, deren Kräftezustand ein geringer war. Wenn man in der geschilderten Weise vorgeht, lässt es sich leicht erreichen, dass ein Kranker fast ohne Fiebertemperatur und für ihn fast unmerklich auf sehr hohe Dosen des Mittels gebracht werden kann. Einige noch einigermaßen kräftige Phthisiker wurden aber auch theils von vorn herein mit großen Dosen, theils mit forcirter Steigerung in der Dosirung behandelt, wobei es den Anschein hatte, als ob der günstige Erfolg entsprechend schneller eintrat. Die Wirkung des Mittels äußerte sich bei den Phthisikern im Allgemeinen so, dass Husten und Auswurf nach den ersten Injektionen gewöhnlich etwas zunahmen, dann aber mehr und mehr geringer wurden, um in den günstigsten Fällen schließlich ganz zu verschwinden; auch verlor der Auswurf seine eitrige Beschaffenheit, er wurde schleimig. Die Zahl der Bacillen (es sind nur solche Kranke zum Versuch gewählt, welche Bacillen im Auswurf hatten) nahm gewöhnlich erst dann ab, wenn der Auswurf schleimiges Aussehen bekommen hatte. Sie verschwanden dann zeitweilig ganz, wurden aber von Zeit zu Zeit wieder angetroffen, bis der Auswurf vollständig wegblieb. Gleichzeitig hörten die Nachtschweiße auf, das Aussehen besserte sich, und die Kranken nahmen an Gewicht zu. Die im Anfangsstadium der Phthisis behandelten Kranken sind sämmtlich im Laufe von 4—6 Wochen von allen Krankheitssymptomen befreit, so dass man sie als geheilt ansehen konnte. Auch Kranke mit nicht zu großen Kavernen sind bedeutend gebessert und nahezu geheilt. Nur bei solchen Phthisikern, deren Lungen viele und große Kavernen enthielten, war, obwohl der Auswurf auch bei ihnen abnahm, und das subjektive Befinden sich besserte, doch keine objektive Besserung wahrzunehmen. Nach diesen Erfahrungen möchte ich annehmen, dass beginnende Phthisis durch das Mittel mit Sicherheit zu heilen ist [3].

[3] Dieser Ausspruch bedarf allerdings noch in so fern einer Einschränkung, als augenblicklich noch keine abschließenden Erfahrungen darüber vorliegen und auch noch nicht vorliegen können, ob die Heilung eine definitive ist, Recidive

Theilweise mag dies auch noch für die nicht zu weit vorgeschrittenen Fälle gelten.

Aber Phthisiker mit großen Kavernen, bei denen wohl meistens Komplikationen, z. B. durch das Eindringen von anderen eiter-erregenden Mikroorganismen in die Kavernen, durch nicht mehr zu beseitigende pathologische Veränderungen in anderen Organen etc. bestehen, werden wohl nur ausnahmsweise einen dauernden Nutzen von der Anwendung des Mittels haben. Vorübergehend gebessert wurden indessen auch derartige Kranke in den meisten Fällen. Man muss daraus schließen, dass auch bei ihnen der ursprüngliche Krankheitsprocess, die Tuberkulose, durch das Mittel in derselben Weise beeinflusst wird, wie bei den übrigen Kranken, und dass es gewöhnlich nur an der Möglichkeit fehlt, die abgetödteten Gewebsmassen nebst den sekundären Eiterungsprocessen zu beseitigen. Unwillkürlich wird da der Gedanke wachgerufen, ob nicht doch noch manchen von diesen Schwerkranken durch Kombination des neuen Heilverfahrens mit chirurgischen Eingriffen (nach Art der Empyemoperation), oder mit anderen Heilfaktoren zu helfen sein sollte. Überhaupt möchte ich dringend davon abrathen, das Mittel etwa in schematischer Weise und ohne Unterschied bei allen Tuberkulösen anzuwenden. Am einfachsten wird sich voraussichtlich die Behandlung bei beginnender Phthise und bei einfachen chirurgischen Affektionen gestalten, aber bei allen anderen Formen der Tuberkulose sollte man die ärztliche Kunst in ihre vollen Rechte treten lassen, indem sorgfältig individualisirt wird und alle anderen Hilfsmittel herangezogen werden, um die Wirkung des Mittels zu unterstützen. In vielen Fällen habe ich den entschiedenen Eindruck gehabt, als ob die Pflege, welche den Kranken zu Theil wurde, auf die Heilwirkung von nicht unerheblichem Einfluss war, und ich möchte desswegen der Anwendung des Mittels in geeigneten Anstalten, in welchen eine sorgfältige Beobachtung der Kranken und die erforderliche Pflege derselben am besten durchzuführen ist, vor der ambulanten oder Hausbehandlung den Vorzug geben. In wie weit die bisher als nützlich erkannten Behandlungsmethoden, die Anwendung des Gebirgsklimas, die Freiluftbehandlung, specifische Ernährung etc. mit dem neuen Verfahren vortheilhaft kombinirt werden können, lässt sich augenblicklich noch nicht absehen; aber ich glaube, dass auch diese Heilfaktoren in sehr vielen Fällen, namentlich in den vernachlässigten und schweren Fällen, ferner im Rekonvalescenzstadium im Verein mit dem neuen Verfahren von bedeutendem Nutzen sein werden[4].

---

sind selbstverständlich vorläufig noch nicht ausgeschlossen. Doch ist wohl anzunehmen, dass dieselben eben so leicht und schnell zu beseitigen sein werden, wie der erste Anfall.

Andererseits wäre es aber auch möglich, dass nach Analogie mit anderen Infektionskrankheiten die einmal Geheilten dauernd immun werden. Auch dies muss bis auf Weiteres als eine offene Frage angesehen werden.

[4] In Bezug auf Gehirn-, Kehlkopf- und Miliartuberkulose stand uns zu wenig Material zu Gebote, um darüber Erfahrungen sammeln zu können.

Der Schwerpunkt des neuen Heilverfahrens liegt, wie gesagt, in der möglichst frühzeitigen Anwendung. Das Anfangsstadium der Phthise soll das eigentliche Objekt der Behandlung sein, weil sie diesem gegenüber ihre Wirkung voll und ganz entfalten kann. Desswegen kann aber auch gar nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, dass in Zukunft viel mehr, als es bisher der Fall war, seitens der praktischen Ärzte Alles aufgeboten werden muss, um die Phtisis so frühzeitig als möglich zu diagnosticiren. Bislang wurde der Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum mehr als eine nicht uninteressante Nebensache betrieben, durch welche zwar die Diagnose gesichert, dem Kranken aber kein weiterer Nutzen geschafft wird, die desswegen auch nur zu oft unterlassen wurde, wie ich noch wieder in letzter Zeit an zahlreichen Phthisikern erfahren habe, welche gewöhnlich durch die Hände mehrerer Ärzte gegangen waren, ohne dass ihr Sputum auch nur einmal untersucht war. In Zukunft muss das anders werden. Ein Arzt, welcher es unterlässt, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln, namentlich mit Hilfe der Untersuchung des verdächtigen Sputums auf Tuberkelbacillen die Phthisis so früh als möglich zu konstatiren, macht sich damit einer schweren Vernachlässigung seines Kranken schuldig, weil von dieser Diagnose und der auf Grund derselben schleunigst eingeleiteten specifischen Behandlung das Leben des Kranken abhängen kann. In zweifelhaften Fällen sollte sich der Arzt durch eine Probeinjektion die Gewissheit über das Vorhandensein oder Fehlen der Tuberkulose verschaffen.

Dann erst wird das neue Heilverfahren zu einem wahren Segen für die leidende Menschheit geworden sein, wenn es dahin gekommen ist, dass möglichst alle Fälle von Tuberkulose frühzeitig in Behandlung genommen werden, und es gar nicht mehr zur Ausbildung der vernachlässigten schweren Formen kommt, welche die unerschöpfliche Quelle für immer neue Infektionen bisher gebildet haben.

Zum Schluss möchte ich noch bemerken, dass ich absichtlich statistische Zahlenangaben und Schilderung einzelner Krankheitsfälle in dieser Mittheilung unterlassen habe, weil diejenigen Ärzte, zu deren Krankenmaterial die für unsere Versuche benutzten Kranken gehörten, selbst die Beschreibung der Fälle übernommen haben, und ich ihnen in einer möglichst objektiven Darstellung ihrer Beobachtungen nicht vorgreifen wollte.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 48. **Sonnabend, den 29. November.** **1890.**

Inhalt: **H. Leo,** Über die Bestimmung freier Säure im Mageninhalte durch kohlensauren Kalk. (Original-Mittheilung.)

1. **Glogner,** Abweichungen vom Physiologischen in den Tropen. — 2. **Podwisozki,** Coccidien in den Hühnereiern. — 3. **Brandl** und **L. Pfeiffer,** Farbstoff melanotischer Sarkome und melanogene Substanz im Harn. — 4. **Taniguti,** Einfluss der Narkotica auf Eiweißzerfall. — 5. **Steiff,** Beeinflussung der Darmfäulnis. — 6. **L. Wolff,** Wirkung von Arznei- und Genussmitteln auf Magensaft. — 7. **Musser,** Gallenblasenkrebs. — 8. **Eigenbrodt,** Verbreitung des Keuchhustens durch abortive Fälle. — 9. **J. Mayer,** Diabetes. — 10. **Berger,** Augenstörungen bei Tabes. — 11. **Löwenberg,** Behandlung der Mittelohrsklerose. — 12. **Brown-Séquard,** Hodensaftinjektionen.

13. **Zenker,** Metastasenbildung der Sarkome. — 14. **Gautier,** Maturitas praecox und Melanodermie. — 15. **Brakenridge,** 16. **Moore,** 17. **Bristowe,** 18. **Preston,** 19. **Combe,** 20. **Aufrecht,** 21. **Sokolowski,** 22. **Vogl,** 23. **Pawiński,** 24. **Kerley,** 25. **Winternitz,** Influenza. — 26. **Pernice** und **Alessi,** Pneumococcus. — 27. **Robin** und **Tessier,** Pneumonie der Greise. — 28. **Cervello,** Lungenemphysem. — 29. **Senator,** Leukämie mit centripetalem Venenpuls. — 30. **Quincke,** Kapillarpuls und centripetaler Venenpuls. — 31. **Katz,** Harn bei Morbus Addisonii. — 32. **Szohner,** Perubalsam bei Phthise. — 33. **Nykamp,** Weigert'sche Inhalation bei Larynxphthise. — 34. **Hochhalt,** Pilokarpin bei chronischem Gelenkrheumatismus. — 35. **Rifat,** Phenacetin bei Gelenkrheumatismus. — 36. **Kürt,** Spasmus glottidis. — 37. **Genersich,** Chloralamid. — 38. **Buzzi,** Medicinische Seifen.

Über die Bestimmung freier Säure im Mageninhalte durch kohlensauren Kalk.

Von

Prof. Dr. **Hans Leo** in Bonn.

In No. 40 d. Centralbl. veröffentlicht Herr Prof. A. Hoffmann aus Leipzig Bemerkungen über die Anwendbarkeit des von mir zur Bestimmung freier Säure im Mageninhalte empfohlenen kohlensauren Kalkes. Der Verf. stützt sich dabei theils auf eigene, theils auf Versuche des Assistenten am chemischen Laboratorium zu Leipzig

Herrn Dr. Wagner, dessen Ausführungen wörtlich mitgetheilt werden.

Diese Versuche erscheinen auf den ersten Blick geeignet, die Anwendbarkeit des kohlensauren Kalkes zur Bestimmung freier Säure zu erschüttern. Denn die Differenzen, welche die genannten Autoren bei Phosphatlösungen (sie arbeiteten nur mit NaH_2PO_4) vor und nach dem Behandeln mit $CaCO_3$ beobachteten, betragen mehr als 30%, während ich angegeben hatte, dass die Acidität hierbei ungeändert bleibt[1].

Trotzdem ich von vorn herein überzeugt war, dass die beobachteten Differenzen durch irgend welche Fehlerquellen bedingt waren, hielt ich es, zumal da auch A. Meyer[2] unter Leitung von C. A. Ewald zu ähnlichen Resultaten wie die genannten Autoren gekommen war, für gerathen, mich nicht allein auf mein Urtheil zu verlassen, sondern den Gegenstand nochmals mit einer anderen sachkundigen Persönlichkeit zu bearbeiten. Herr Privatdocent Dr. C. Friedheim, I. Assistent an dem II. chemischen Universitätslaboratorium zu Berlin, hat sich zu diesem Zweck mit mir vereinigt. Die theils in Gemeinschaft, theils einzeln von uns angestellten Versuche werden baldigst ausführlich mitgetheilt werden.

Bei dem Interesse, welches der Gegenstand beansprucht, und um irrthümlichen Auffassungen nach Möglichkeit entgegenzutreten, halte ich es jedoch für nothwendig, bereits jetzt an dieser Stelle folgende Resultate unserer Untersuchungen, im Einverständnisse mit Herrn Dr. Friedheim, mitzutheilen:

Die von mir gemachte Angabe, dass Lösungen von

[1] Ich bemerke, dass ich in meinem Anfang August d. J. erschienenen Lehrbuch (Diagnostik der Krankheiten der Verdauungsorgane. Verlag von Hirschwald, Berlin) einige Ergänzungen resp. Änderungen meiner früher (Centralbl. f. med. Wissensch. 1889 No. 26) gemachten Angaben mitgetheilt habe, die augenscheinlich den Herren Hoffmann und Wagner entgangen sind. Wenn dieselben auch für die principielle Entscheidung der vorliegenden Frage erst in zweiter Linie kommen, so seien sie doch nochmals hier kurz hervorgehoben:

Erstens habe ich anstatt der früher gemachten Bemerkung, dass keine Einwirkung zwischen Phosphat und $CaCO_3$ stattfinde, gesagt (p. 115), die Acidität sei vor und nach dem Behandeln mit $CaCO_3$ dieselbe. Ich habe diese vorsichtigere Wendung gebraucht, weil in der That immer eine Spur Kalk als saurer phosphorsaurer Kalk [$Ca(H_2PO_4)_2$] bei der Behandlung mit $CaCO_3$ in Lösung zu gehen scheint. Da dieser aber eben so viel Alkali zur Neutralisation braucht wie das Alkaliphosphat, aus dem er entstanden, so bleibt trotzdem die Acidität unverändert.

Zweitens habe ich (l. c. p. 116 Anm.) von dem Erhitzen des Filtrates zur Austreibung der CO_2, wie ich es früher empfohlen, abgerathen und statt dessen vorgeschrieben, die Austreibung der Kohlensäure durch Durchleitung atmosphärischer Luft in der Kälte zu besorgen.

Drittens habe ich als Ausdruck der Reaktion, welche sich bei Titrirung einer Phosphatlösung mit Natronlauge und gleichzeitiger Anwesenheit von $CaCl_2$ abspielt, an Stelle der zuerst präsumirten Formel (übrigens auch schon in von mir im vorigen Jahre verschickten Separatabdrücken) die folgende (l. c. p. 115) angegeben:

$$2PO_4H_2K + 4NaOH + 3CaCl_2 = (PO_4)_2Ca_3 + 2KCl + 4NaCl + 4H_2O.$$

[2] Inauguraldissertation, Berlin, 1890.

NaH_2PO_4 resp. KH_2PO_4 vor und nach dem Behandeln mit trockenem $CaCO_3$ in der Kälte dieselbe Acidität zeigen, ist bei Innehaltung bestimmter Bedingungen unbedingt richtig.

Die von Wagner hervorgehobenen sonstigen theoretischen Bedenken gegen meine Methode mögen zwar zum Theil ihre Richtigkeit haben, sie sind jedoch nicht geeignet, die Anwendbarkeit der von mir angegebenen Methode zu beeinträchtigen.

Die Ursache der abweichenden Resultate von Wagner werden später erörtert werden. Hier sei nur hervorgehoben, dass seine Versuche überhaupt in anderer Art wie die meinigen angestellt wurden, und daher auch eo ipso die so gewonnenen, von den meinigen abweichenden, Ergebnisse nicht beweisen, dass beim Arbeiten nach meinen Angaben unrichtige Werthe erhalten werden.

---

1. **Glogner.** Beiträge zu den »Abweichungen vom Phyiso-. logischen« bei den in den Tropen lebenden Europäern.

(Virchow's Archiv Bd. CXIX. Hft. 2.)

Verf. hat gefunden, dass der von Braco aufgestellte Satz, dass ein normal ausgewachsener Mensch so viel Kilogramm schwer sein müsse, als er Centimeter an Höhe misst nach Abzug des ersten Meters, bei den in den Tropen lebenden Europäern keine Gültigkeit hat, da sich aus zahlreichen Untersuchungen fast durchweg eine Abnahme des Gewichtes im Verhältnis zur Größe ergab. Indem er es unentschieden lässt, ob diese Erscheinung durch gleichmäßige Abnahme aller Körperzellen an Schwere oder durch Einbuße bestimmter Einzelgewebe hervorgerufen wird, spricht er die Annahme aus, dass zu einem Theil wenigstens die Abnahme des Körpergewichtes auf einer Abnahme des Körperfettes beruht, welche mit der fettarmen Nahrung zusammenhängt. Einen weiteren Unterschied fand G. in dem Verhalten der Körpertemperatur, in so fern sich dieselbe in den Morgenstunden von 7—9 Uhr um 0,5° C. höher ergab, als bei den in Europa lebenden. Endlich fand G. aus kalorimetrischen Messungen, dass bei gleichen Temperaturen die Wärmeabgabe beim Eingeborenen leichter stattfindet, als beim Europäer, eine Erscheinung, welche vielleicht durch die stärkere Pigmentirung der Eingeborenen zu erklären wäre, für die aber noch die gleichmäßige tropische Temperatur und der Fortfall des durch ständigen Temperaturwechsel in Europa bedingten thermischen Reizes in Betracht komme. **Markwald** (Gießen).

---

2. **W. W. Podwisozki.** Über die Gegenwart von Coccidien in Hühnereiern in Zusammenhang mit der Frage von der Ätiologie der Psorospermose.

(Wratsch 1890. No. 1.)

In hart gekochten Hühnereiern findet man im Eiweiß zuweilen kleine gelbe bis braune Flecke, welche die Größe eines Nadelknopfes

erreichen. Dieselben werden durch Kolonien von Coccidien gebildet. Bei Hämatoxilinfärbung kann man sehr deutlich in jedem Schnitte alle Stadien von Sporenbildung im Inneren der Coccidien sehen. Da sich in den alten Coccidien ein Pigment bildet, so werden sie dem bloßen Auge sichtbar. In der Umgebung der Haufen findet man aber mit dem Mikroskope auch viele vereinzelt liegende. Man findet die verschiedensten Entwicklungsstadien, darunter auch Psorospermien, sehr ähnlich denen in der Leber des Kaninchens; andere sehen ganz aus wie die in den Kernen der Leberzellen gefundenen, welche P. Caryophagus hominis genannt hat. Bisher hat man das Vorhandensein von Parasiten in Eiern für etwas sehr Seltenes gehalten. Die Häufigkeit des Vorkommens der Coccidien wechselt sehr, doch fand P. einmal im Sommer 10% der gekauften Eier inficirt. Im Winter scheint man am sichersten zu sein; denn beim Liegen der Eier wachsen die Coccidien ungeheuer, die Eier werden faul und müssen fortgeworfen werden. Ungekochte Eier sind gefährlicher wie gekochte; denn in jenen kann man die Coccidien leicht übersehen, während sie auf dem weißen Grunde des gekochten Eiweißes deutlich hervortreten. Ganz sicher scheint nach den bisherigen Untersuchungen das Eigelb frei von den Parasiten zu sein. Welche Gefahren die Coccidien bedingen will Verf. weiter untersuchen. Vom Magensafte kann man nicht erwarten, dass er sie unschädlich machen wird. **F. A. Hoffmann** (Leipzig).

---

3. **J. Brandl** und **L. Pfeiffer.** Beitrag zur Kenntnis des Farbstoffs melanotischer Sarkome nebst Bemerkungen über einige Eigenschaften der sogenannten melanogenen Substanz im Harn. (Aus dem chem. Laboratorium des pathologischen Instituts zu München 1886/87.)

(Zeitschrift für Biologie Bd. XXVI (VIII). Hft. 4. p. 348.)

Verff. beschreiben die Darstellung, die Eigenschaften und die elementare Zusammensetzung des in einem melanotischen Sarkom der Leber enthaltenen Farbstoffes. Ein Vergleich dieses Melanins mit den in letzter Zeit von Berdez-Nencki, so wie von Mörner analysirten Farbstoffen führen zu dem Schlusse, dass es verschiedene auf pathologischer Basis gebildete Pigmente giebt, von denen man zwei Gruppen unterscheiden kann, solche ohne Eisengehalt und solche mit sehr geringem und sehr hohem Schwefelgehalt. Sie schlagen vor, diese »Geschwulstmelanine« (Onkomelanine) als Ferro-, Sulfo-, Polysulfomelanine zu bezeichnen. Als Stütze für die Ansicht, dass diese Melanine aus Zersetzung des Blutfarbstoffes hervorgehen, führen sie an, dass sich im Blute des von ihnen beobachteten Pat. eine Abnahme der rothen Blutkörperchen auf die Hälfte der Norm und ein Sinken des Hämoglobingehaltes auf ein Viertel nachweisen ließ.

Der Harn war frisch entleert von hellgelber Farbe, durch Oxy-

dationsmittel wurde er sofort intensiv dunkel gefärbt, auf Zusatz von verdünnter Schwefelsäure färbte er sich momentan burgunderroth. Der Farbstoff war eisenhaltig. **F. Röhmann** (Breslau).

---

4. **Ken Taniguti.** Über den Einfluss einiger Narkotica auf den Eiweißzerfall.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. Hft. 1.)

In einer unter E. Salkowski's Leitung an zwei gleichmäßig ernährten Hündinnen angestellten Versuchsreihe untersuchte der Verf. den Einfluss kurzdauernder Chloroform- und Äthernarkosen, der Darreichung von Chloroformwasser, von Paraldehyd (15 g in 4 Tagen) und Chloralhydrad (16 g in 4 Tagen) auf die Höhe der Stickstoffausscheidung. Es ergab sich, dass, »wenn auch die Wirkung des Chloroforms eine specifische ist, doch auch andere schlaferzeugende Mittel steigernd auf den Eiweißzerfall wirken, zum mindesten, wenn sie mehrere Tage hinter einander gegeben werden«. Auffallend erschien speciell beim Paraldehyd der späte Eintritt der Ausscheidungssteigerung und die verhältnismäßig lange Andauer derselben: am 1.—4. Tage wurde Paraldehyd gegeben, am 5.—9. Tage erschien der erhöhte Stickstoffgehalt. Die entgegengesetzten Resultate von Chittenden und Dochendorff, die dem Paraldehyd keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss auf den Eiweißumsatz zuschreiben, hält Salkowski (in einer Zusatzbemerkung) für nicht unanfechtbar. — Die Phosphorsäureausscheidung findet der Verf. gleichfalls vermehrt, jedoch nicht in größerem Verhältnis als die des Stickstoffs.

Strassmann (Berlin).

---

5. **R. Steiff.** Über die Beeinflussung der Darmfäulnis durch Arzneimittel. (Aus dem Laboratorium der 2. med. Klinik zu Berlin.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI.)

Die Quelle der im Urin enthaltenen aromatischen Körper, Phenol, Indol, Kresol, Scatol etc., die als sog. Ätherschwefelsäuren im Harn ausgeschieden werden, fand zuerst Baumann in den Fäulnisvorgängen im Darm. Die Versuche, durch eingeführte Antiseptica, Kalomel, Jodoform, Naphthalin, die Fäulnisprocesse im Darm zu verhindern, führten nur zum Theil zum gewünschten Resultat. Verf. stellte an Pat. mit abnorm starken Gährungsprocessen Versuche an durch Darreichung von Kalomel und Kampher (3mal täglich 0,3). Das Resultat wurde durch Bestimmung der ausgeschiedenen Ätherschwefelsäuren und des Verhältnisses der gebundenen zur präformirten Schwefelsäure (nach Baumann Maß der Darmfäulnis) geprüft. Dabei ergab sich:

1) Kalomel in Gaben von 0,3 3mal pro die gereicht, hat bei Zuständen vermehrter Darmfäulnis keine desinficirende Wirkung gezeigt; es wird daher

2) eine therapeutische Verwendung desselben zum Zweck der Beschränkung der Fäulnis innerhalb des Darmkanals wegen der großen Dosen, die gegeben werden müssten, kaum in Frage kommen.

3) Dem Kampher scheint eine geringe fäulniswidrige Wirkung zuzukommen; bei Gaben von 0,3, 3mal pro die, wurde in 2 Fällen eine Verminderung der Darmfäulnis konstatirt.

4) Diese Wirkung des Kamphers tritt nicht sofort, sondern erst 1—3 Tage nachher deutlich hervor. **Leubuscher** (Jena).

---

6. **L. Wolff** (Gothenburg). Beiträge zur Kenntnis der Einwirkung verschiedener Genuss- und Arzneimittel auf den menschlichen Magensaft.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVI. Hft. p. 222.)

Nach einem Überblick über die litterarischen Streitigkeiten betr. die Herkunft der Acidität des Magensaftes, über das Auftreten freier Salzsäure im Magensaft während der Verdauung und über die Methoden der Säurebestimmungen wendet sich W. zu seinem Thema. Er stellte Versuche an Personen an, deren »Digestionsstatus« experimentell festgestellt war, und bestimmte nur die Gesammtacidität, indem er den Antheil derselben, der durch die etwaigen sauer reagirenden Salze der Ingesta hervorgerufen wird, bei stets gleicher Kost als gleich voraussetzte und etwaige Schwankungen der Acidität auf neu hinzugekommene freie Säure bezog.

Es ergab sich bei seinen Versuchen, dass, entsprechend den meisten Resultaten angeführter Autoren, Alkohol in Form von Kognak und Münchener Spatenbräu, in kleinen Dosen (20—30 ccm Kognak) die Absonderung im menschlichen Magen schwach förderte, in größeren hemmte. Kaffee resp. Koffeïn setzte die Gesammtacidität, die HCl-Absonderung und die Peptonbildung herab. Nikotin, das allerdings nur an 3 Personen versucht werden konnte, schien erregend auf die Sekretion zu wirken. Von Arzneimitteln wirkte das Strychnin (1 cg) befördernd, von Condurango (Dekokt) wurde kein Einfluss bemerkt. Einführung von Galle (Ochsengalle) wirkte eben so wenig, weder erregend noch herabsetzend.

Kochsalz verhinderte die Ausscheidung von HCl und bewirkte in einem Falle von Hyperacidität Schwinden der subjektiven Beschwerden. Die Versuche mit Karlsbader Wasser und Karlsbader Salz ergaben keine Resultate, wenigstens bezüglich der Acidität.

Die Einführung von Säuren, speciell von HCl selbst, ließ in keinem Fall eine deutliche Wirkung auf die Acidität erkennen. Dagegen schien bei mangelnder Peptonbildung der Einfluss günstig zu sein.

Am Schluss stellt Verf. Tabellen auf, in welchen die Einwirkung der geprüften verschiedenartigen Genuss- und Arzneimittel auf den Magensaft der Versuchspersonen gezeigt wird.

Leubuscher (Jena).

---

7. **Musser.** Primary Cancer of the gall-blatter and bile-ductus.

Separatabdruck, Philadelphia, 1889.

Der erstere größere Theil der vorliegenden Arbeit enthält eine aus dem Studium von 100 einschlägigen Fällen aufgebaute Pathologie und Symptomatologie des primären Carcinoms der Gallenblase. Die Ergebnisse seiner Studien fasst Verf. in die folgenden Sätze zusammen:

1) Der primäre Gallenblasenkrebs ist nicht so selten als man gemeinhin annimmt. Er findet sich bei Frauen fast dreimal so häufig als bei Männern. Die größte Zahl der Fälle betrifft Leute unter 60 Jahren.

2) Gallensteine können ein ursächliches Moment bilden, besonders bei Personen, die zur Carcinombildung disponirt sind. Die Gallenblase ist nicht stets dilatirt. Metastasen pflegen nicht weit verbreitet zu sein. Adhäsionen mit den Nachbarorganen, Ulceration und Perforation sind nicht allgemein.

3) Schmerzen, Gelbsucht, Abmagerung, Kachexie und Tumor sind in fast allen Fällen vorhanden; häufig ferner Indigestion, Erbrechen, Obstipation oder Diarrhoe und Ascites.

4) Schmerzen waren in ungefähr 62 % der Fälle vorhanden. Während dieselben zunächst unbestimmten Charakter hatten, lokalisirten sie sich meist im rechten Hypochondrium, von dort aus lancinirend. — Gelbsucht wurde in 69 % fortschreitend mit der Intensität der Erkrankung beobachtet. Tumor zeigte sich in 68 %, gelegen entweder in der Gallenblasengegend oder rechts neben dem Nabel; bei letzterer Lokalisation ist die Leber meist vergrößert.

5) Die Krankheit schreitet fast immer ohne Remission bis zum Exitus fort.

6) Komplikationen finden statt durch Verschluss der Gallengänge und sekundäre Effekte an Leber und Gallenblase, durch Ulceration und Perforation der Gallenblase, durch Symptome, die durch Metastasen in anderen Organen zu Stande kommen.

7) Die Dauer ist kurz, durchschnittlich $6^2/_3$ Monat.

8) Der Tod erfolgt durch Erschöpfung, Peritonitis, Metastasen in anderen Organen oder Verschluss der Gallengänge. —

Im zweiten Theile erfolgt dann eine Besprechung des primären Carcinoms des Gallenganges unter Zugrundelegung von 18 Fällen. Dasselbe ist seltener als das Carcinom der Gallenblase, beide Geschlechter sind gleichmäßig betheiligt. Gallensteine sind hier weniger häufig. Erweiterung der Gallenblase, Metastasen, Adhäsionen, Ulcerationen und Perforationen sind meist nicht vorhanden. Gelbsucht, Erbrechen, Schmerzen und Symptome von Seiten des Magendarmkanals finden sich auch hier. Ein Tumor ist nur in einer kleinen Anzahl von Fällen fühlbar; derselbe ist niemals so groß wie beim Carcinom der Gallenblase.

Den Schluss der fleißigen Arbeit bildet eine Angabe der Litte-

ratur und eine kurze Aufzählung aller zu Grunde gelegten Beobachtungen.

(Wir möchten nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit auf die das gleiche Thema behandelnde Arbeit von Zenker hinzuweisen, die vom Verf. noch nicht benutzt ist. Zenker, der in vieler Beziehung zu den gleichen Resultaten wie M. kommt, hebt besonders die Beziehungen des primären Krebses der Gallenblase zu Gallensteinen und Gallenblasennarben hervor. S. d. Referat in No. 36 d. vor. Jahrg. dieser Zeitschrift. Ref.) **M. Cohn** (Berlin).

---

8. **Eigenbrodt** (Darmstadt). Die Verbreitung des Keuchhustens durch abortive Fälle.

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 16.)

Mit Recht weist E. darauf hin, dass die Verbreitung des Keuchhustens durch abortive Fälle ohne Zweifel eine sehr häufige sei und für die Ätiologie dieser Krankheit einen höchst wichtigen Faktor bilde; er beschreibt die in langjähriger Thätigkeit geschöpften Erfahrungen in Bezug auf diesen Punkt und schildert die Verbreitung des Keuchhustens in einem keuchhustenfreien Stadttheile durch einen abortiven Fall, die Ansteckung von zwei Kindern durch einen an der abortiven Form leidenden Erwachsenen, Keuchhusten bei einem Elternpaar durch Ansteckung von Seiten ihrer an der abortiven Form leidenden Kinder, Ansteckung eines Schulknaben durch eine an der abortiven Form leidende Erwachsene, Verbreitung des Keuchhustens durch abortive Fälle aus dritter Hand von einem Ort an einen weit entfernt liegenden anderen. Als Ergebnis aus diesen Mittheilungen lässt sich folgern, dass es neben der ausgebildeten Form des Keuchhustens eine abortive Form dieser Erkrankung giebt, welche nicht weniger kontagiös ist wie die ausgebildete Form. Die Diagnose ist in vielen Fällen nicht ganz leicht, da sie nur durch die Anamnese sichergestellt werden kann; es lassen sich jedoch noch einige andere Anhaltspunkte für die frühzeitige Diagnose aufstellen. Nicht selten nämlich ist die abortive Form dadurch ausgezeichnet, dass während des Tages der Husten durchaus nicht verdächtig ist, so dass kein Arzt an Keuchhusten denken würde; Nachts dagegen ist das Bild geändert, Erstickungsnoth wird gefühlt, die Hustenstöße sind stärker, aber es kommt nicht bis zum charakteristischen Keuchen und nur hier und da, in einzelnen Fällen, zum Erbrechen. Zur Zeit einer Keuchhustenepidemie soll jeder anhaltende Husten bei Personen, welche mit Keuchhustenkranken verkehren, als verdächtig angesehen und desshalb auch die prophylaktischen Maßregeln beachtet werden. Es wird weiterhin nicht als richtig angesehen, dass das einmalige Überstehen des Keuchhustens Immunität gegen diese Krankheit für das übrige Leben zur Folge haben und dass Ausnahmen von dieser Regel nur sehr selten sein sollen; nach E. pflegt zwar das einmalige Überstehen der Erkrankung vor einer neuen Erkrankung an vollständig

ausgebildetem Keuchhusten zu schützen, aber es bildet keinen Schutz gegen die abortive Form, und umgekehrt schützt die abortive Form nicht vor der ausgebildeten Form der Erkrankung.

Die abortive Form des Keuchhustens kommt sowohl bei Erwachsenen vor wie bei Kindern, auch bei solchen, welche nicht durch einen früher überstandenen Keuchhusten für die ausgebildete Form dieser Krankheit immun geworden sind. In manchen Epidemien ist die abortive Form bei Kindern häufig, in anderen sehr selten. In zwei Fällen war es möglich, genau die Incubationszeit der Pertussis zu bestimmen, in beiden Fällen betrug sie 11 Tage. **Prior** (Köln).

---

9. **J. Mayer.** Zur Symptomatologie und Therapie des Diabetes mellitus.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 22 u. 23.)

Unter den Symptomen, welche für die Beurtheilung des Diabetes von hervorragender Wichtigkeit sind, hebt M. neben der Zuckerausscheidung besonders die Krankheiten des Cirkulationsapparates, namentlich aber die des Herzens hervor. Er ist sogar der Ansicht, dass zwischen Diabetes und Erkrankungen des Herzens ein ursächlicher Zusammenhang besteht, und zwar zeigen sich die letzteren in einer großen Zahl von Fällen in Volumsvermehrung des Herzens, theils Hypertrophie, theils Dilatation, ohne dass für dieselbe die anatomische Erkrankung eines anderen Organs verantwortlich gemacht werden könnte — schwächliche, anämische Diabetiker pflegen von vorn herein die Dilatation zu acquiriren, während bei gut genährten häufig der Übergang von Hypertrophie in Dilatation vorkommt. Die Ursache für die Veränderungen des Herzens sieht M. in den chemischen Reizen, welche durch den in abnormer Menge im Blute kreisenden Zucker und Harnstoff hervorgerufen werden — die überangestrengten Nieren verlieren ihre kompensatorische Leistungsfähigkeit, es kommt zu vermehrter Herzthätigkeit und Hypertrophie bezw. Dilatation. Doch können bedrohliche Herzsymptome auch ohne vorhergehende Hypertrophie plötzlich auftreten, wenn sich gleich eine Dilatation oder Atrophie (?) ausbildet. Von dem Gesichtspunkt der Herzerkrankung aus ist desshalb auch die Behandlung des Diabetes streng zu individualisiren.

Was die Eintheilung des Diabetes betrifft, so hält er die Scheidung in eine leichte und schwere Form nicht für zutreffend, sondern sieht den Übergang des ersten, leichten Stadiums in das zweite, schwere, als Regel an; nur ausnahmsweise verläuft der Diabetes so rasch, oder im Anfangsstadium so latent, dass man dies letztere nicht mehr nachweisen kann — er hält die Unterscheidung in ein akutes, subakutes und chronisches Stadium des Diabetes für besser als die Eintheilung in Formen.

In Bezug auf den Verlauf der Krankheit glaubt M. nicht an eine dauernde Heilung, hält es aber für unzweifelhaft, dass jetzt

durch frühzeitiges Erkennen der Krankheit selbst wie der Bedeutung der einzelnen Symptome relative Heilungen öfter erzielt werden als früher. Bei der Diät beeinflusst die voraufgegangene Ernährungsweise den Erfolg der Fleischdiät, die um so langsamer zur Wirkung kommt, je länger und reichhaltiger die Zufuhr von Kohlehydraten gewesen ist. M. ist aber der Ansicht, dass eine strenge Fleischdiät viele Nachtheile mit sich bringt, so Säureintoxikation, schnelles Fortschreiten phthisischer Processe, Verdauungsstörungen, namentlich aber glaubt er an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Fleischdiät resp. vorwiegend aus Albuminaten bestehender Nahrung und der diabetischen Albuminurie. Von Einfluss auf die Zuckerausscheidung ist außer der Diät aber auch das psychische Verhalten und desshalb ist ein großes Gewicht auf die geistige Diät, d. h. auf die ganze Lebensweise des Pat. zu legen. Um den Gefahren der strengen Fleischdiät vorzubeugen, empfiehlt er, einen möglichst großen Theil der Fleischnahrung durch eine äquivalente Fettmenge zu ersetzen, daneben auch mäßige Mengen Kohlehydrate — 80—120 g pro die — zu verabreichen. Es genügt, alle 5—6 Wochen eine etwa 8tägige strengere Diät einzuhalten — Milch kann nicht entbehrt werden. Von medikamentöser Behandlung verdient Chinin, Eisen und Arsen Beachtung. **Markwald** (Gießen).

---

10. **E. Berger.** Les troubles oculaires dans le tabes dorsal et la théorie du tabes.

(Rev. de méd. 1890. No. 3.)

Verf. hat im vergangenen Jahre im Archiv von Knapp und Schweiger die vorliegende Arbeit mit genauen Angaben der von ihm benutzten Krankengeschichten und unter Würdigung der einschlägigen Litteratur publicirt. Hier beschränkt er sich auf ein knappes Résumé seiner Untersuchungen und verwerthet dasselbe zu Schlüssen, die zum Theil recht anfechtbar sind, zumal sie sich durchaus nicht immer auf allgemein anerkannte Thatsachen resp. tadellose Versuche stützen. Es würde zu weit führen, alle die angreifbaren Punkte hier zu widerlegen; Ref. muss sich daher auf die Wiedergabe der wesentlichsten Ergebnisse B.'s beschränken.

Die Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf 109 Tabiker. Das Prädilektionsalter für die Erkrankung an Tabes ist das 41.—45. Lebensjahr; in diesen Fällen waren auch die meisten Komplikationen zu konstatiren. In 43 Fällen war voraufgegangene Syphilis nachweisbar. Die ersten Symptome der Tabes hatten sich im Mittel 5 Jahre nach erfolgter Infektion gezeigt. Die Tabes beginnt bei Syphilitischen vorwiegend mit cerebralen, bei nicht Syphilitischen mit spinalen Symptomen. Schwere Augenkomplikationen finden sich jedoch gleichmäßig bei beiden Gattungen.

Verf. geht dann zu den einzelnen Symptomen über und erwähnt zunächst das oft vorkommende Herabhängen des oberen Augenlides,

das meist mit Myosis einhergeht und gegen das Ende der Krankheit ungemein häufig ist. Die Erschwerung des Liderschlusses erklärt B. durch eine leichte Betheiligung des oberen Facialiskerns, der nach Mendel eng mit dem Oculomotoriuskern liirt ist. Die Epiphora führt B. theils auf eine Hypersekretion der Glans lacrymalis (Neurose der Vasomotoren), theils auf eine Schwäche des M. orbicularis zurück. Die bei einem Drittel der Kranken beobachtete Herabsetzung des inneren Augendruckes will B. durch eine Verminderung des Gefäßdruckes in Folge von Läsion der Med. oblong. herleiten. In 27 % der Fälle bestand Ungleichheit der Pupillen, die er auf eine Paralyse der Irisgefäße zurückführt. Diese Paralyse wird durch eine Läsion des in der Med. oblong. gelegenen Centrums für die Vasokonstriktoren der Iris herbeigeführt. Der Pupillarreflex auf Licht fehlt früher als der auf Hautreize oder auf Accommodation. Sehnervenatrophie fand B. aus einer Zusammenstellung eigener und fremder Beobachtungen in 33,7 % der Fälle. Tabiker mit äußeren Augenmuskellähmungen werden häufiger von Sehnervenatrophie befallen als andere. Die Dauer der Atrophie vom Initialstadium bis zur Erblindung variirt zwischen 2 Monaten und 17 Jahren. Das Fortschreiten der Atrophie ist ein gleiches bei den Kranken mit oder ohne Augenmuskellähmungen. Meist beginnt die Atrophie vor der ataktischen Periode. Bei syphilitischen Tabikern entwickelt sich die Atrophie langsamer als bei nicht syphilitischen. Verf. geht dann zu den Einschränkungen des Gesichtsfeldes, die meist die temporale Seite befällt, zu den Störungen der Farbenperception, den centralen Scotomen etc. über, ohne etwas Näheres über deren Zusammenhang festzustellen. Nach Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur gelangt B. dahin, die Ursache der Sehstörungen der Tabiker in einer Gefäßstörung centralen Ursprungs zu suchen.

Äußere Augenmuskellähmungen fand B. in 38 % der Fälle. Die Lähmung trat meist vor dem ataktischen Stadium auf. Die syphilitischen Tabiker zeigen eine größere Tendenz zu stabilen Augenmuskellähmungen als die nicht syphilitischen. Eben so verhält es sich mit den multiplen Augenmuskellähmungen. B. hält diese Lähmungen bei Tabes für nucleären Ursprungs und meint, dass der Entzündungsprocess sich vom Centrum auf die peripheren Nerven in Folge von absteigender Neuritis fortsetzt, nachdem der centrale Process bereits abgelaufen ist. Die öfters vorkommenden Affektionen anderer Hirnnerven, so wie das Auftreten von Diabetes mellitus und Polyurie will B. aus der gleichen Ursache herleiten.

Mannigfache zum Theil rein hypothetische Voraussetzungen (so nimmt z. B. Verf. das Gefäßcentrum für den N. opticus zwischen hinterem Oculomotoriuskern und Facialis-Abducenskern an) führen dann den Verf. zu dem Schluss, dass eine einheitliche Erklärung aller tabischen Erscheinungen durch die Annahme einer Erkrankung der vasomotorischen Centren in der Medulla oblongata möglich sei.

Im Anschluss hieran führt Verf. das Resultat einiger Versuche

an, die er an 3 Kaninchen und 1 Hunde durch Verletzung der obersten Partie der Rautengrube erzielt hatte. Er fand danach: 1) Nystagmus; 2) Mydriasis oder Myosis; 3) Hämorrhagien in gewissen Rückenmarkssträngen; 4) Gefäßveränderungen der Retina.

Nach Ausweis der Protokolle sind diese Befunde nichts weniger wie beweisend, da die Operation eine Anzahl schwerer Schädigungen gesetzt hatte, das Experiment daher durchaus nicht als tadellos gelten konnte. Verf. spricht auch am Ende der Arbeit aus, dass er diese Experimente nicht als unumstößliche Beweise, sondern nur als Stütze seiner Theorie betrachtet; er hofft, dass andere, »geschicktere« Arbeiter diese Untersuchungen über die Frage nach dem Einfluss der Med. oblong. auf die Gefäße des Rückenmarkes und der Retina fortsetzen werden. Bei der Schwierigkeit, in jener Gegend reine Experimente zu erzielen, wird es wohl mit der Lösung der Frage noch gute Wege haben. (Ref.) **A. Neisser** (Berlin).

---

11. **Löwenberg** (Paris). Beitrag zur Behandlung des sklerotischen Mittelohrleidens.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 28.)

Die täglich zu machende Erfahrung, dass im Verlaufe der Behandlung der Sklerose des Mittelohres in Folge übermäßig gesteigerten Luftdruckes, sei es bei Anwendung des Katheters oder des von Politzer angegebenen Verfahrens vielfach Verschlechterung des Leidens eintritt, veranlasste Verf. gewisse Vorsichtsmaßregeln anzuwenden. Bei Applikation des Katheters wird, abgesehen von der Vermeidung starken Luftdruckes, das kranke Ohr vom Pat. hermetisch verschlossen, um auf diese Weise die Spannung des Trommelfelles nach außen zu beschränken. Bei Benutzung des Politzer'schen Verfahrens soll der Pat. sich selbst die Einblasung machen und ferner sollen beide Ohren von einer anderen Person mittels der Finger geschlossen werden. Eben so muss bei Anwendung der hier in Frage kommenden Arzneistoffe gewisse Vorsicht obwalten; feuchte Dämpfe verschiedener Flüssigkeiten haben vielfach eine zu hohe Temperatur und schädigen auf diese Weise die Paukenhöhle; dasselbe gilt von den häufig angewandten Joddämpfen. L. applicirt kalte Joddämpfe, welche mit Luft gemengt sind und verspricht sich hiervon Erfolge. Gegen das lästige Sausen wurden Bromäthyldämpfe zeitweilig mit Erfolg gebraucht. **B. Baginsky** (Berlin).

---

12. **Brown-Séquard.** Hodensaftinjektionen.

(Société de Biologie in Paris.)

(Wiener med. Blätter 1890. No. 28.)

Vor 1 Jahre gerade theilte B.-S., ebenfalls in der Societé de Biologie in Paris, die Resultate mit, welche er durch subkutane Hodensaftinjektionen erhalten hatte. Die experimentellen Ergebnisse an seiner eigenen Person ließen sich dahin zusammenfassen, dass

Regulirung der Stuhlentleerung, Vermehrung der Kraft des Harnstrahles, eine verstärkte Muskelkraft, Leichtigkeit der intellektuellen Arbeit ohne folgende Ermüdung eintrat, kurz alle Arten der cerebralen und medullaren Thätigkeit außerordentlich vermehrt waren. Hier wird nun weiterhin berichtet, dass in den ersten 6 Wochen nach der Injektion keine Abnahme der Verjüngung sich bemerkbar machte, erst am Ende dieser Frist begann die Arbeitsfähigkeit abzunehmen, dann die Muskelkraft, und auch die Funktionen der harnentleerenden Organe, so wie des Darmtractus wurden wieder wie sie vor der Injektion gewesen waren. Desshalb beschloss B.-S. wieder zu der Hodensaftinjektion zu greifen; da aber durch die Abwesenheit von Paris es ihm nicht möglich war, sich eine sicher vollkommen antiseptische Injektionsflüssigkeit zu verschaffen, so wandte er die Hodensaftinjektion per rectum an und überzeugte sich dabei, dass man auch mit dieser Methode gute Resultate erzielen kann; man muss nur erheblich größere Mengen nehmen als sie zur subkutanen Injektion nothwendig sind; für seine Person brauchte er eine Flüssigkeit, durch die Verreibung von 2 Kaninchenhoden mit 50 ccm destillirten Wassers vermischt. Auch die Hoden anderer Thiere sind brauchbar, z. B. von Hasen, Hunden, Hammeln, Kälbern etc. Im Weiteren weist B.-S. darauf hin, wie die Hodensaftinjektionen herrlich wirkten bei der Malariakachexie, erheblich besserten bei Tabes dorsalis-Kranken und gute Wirkung bei Leprösen erzielten. Auch Dyspepsien und Incontinentia vesicae zeigen gute Resultate, geradezu ausgezeichnet bewährte sie sich bei Anämien, vor Allem bei Anämien nach Hämorrhagien; als Beispiel wird die Krankengeschichte der Gattin eines Arztes angeführt, welche durch wiederholte Metrorrhagien hochgradig erschöpft war: der Medicus injicirte seiner Frau 1 ccm seines eigenen Sperma subkutan, sofort trat Besserung ein und nach wiederholter Einspritzung Heilung; aus dieser Art des Materials lässt sich also der Schluss ziehen, dass das Sperma dieselbe Wirkung erzielt wie die Flüssigkeit, welche aus der Verreibung von Hoden gewonnen wird. Dem Einwurf, als ob es sich bei diesen Resultaten um Suggestion handle, tritt B.-S. entgegen, indem er darauf hinweist, dass in vielen Fällen die Wirkung erst nach einer Reihe von Injektionen eintritt, als wenn erst eine accumulative Wirkung nothwendig wäre; andererseits blieb der Effekt aus, wenn man Kranken anstatt des Hodensaftes eine ähnlich gefärbte wässrige Flüssigkeit injicirte, trotzdem man den Kranken die Lösung als Hodensaft vorstellte und ihnen die wunderbare Wirkung in sichere Aussicht stellte; vor Allem aber spricht dagegen, dass Mairet bei Geisteskranken, welche jeder Suggestionswirkung unzugänglich waren, die Hodensaftinjektionen mit vielem Erfolg ausführte. B.-S. vertheidigt demnach seinen Satz, dass der Hodensaft in mächtiger Weise tonisirend auf das Nervensystem wirkt, mit aller Entschiedenheit.

Prior (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

13. **K. Zenker.** Zur Lehre von der Metastasenbildung der Sarkome.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. p. 68.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen Sarkomfall zu beobachten mit frei in die Herzventrikel hineinragenden Geschwulstmassen. Es ließen sich dann die Geschwulstembolien in den Lungenarterien nachweisen und durch Auffinden von Karyokinesen beweisen, dass es sich hier um wirklich wachsende Emboli handelte und nicht etwa um todtes Material. Durch diesen Befund ist die Anschauung von der Metastasenbildung durch Embolie um einen positiven Beweis bereichert worden.

Hansemann (Berlin).

14. **V. Gautier.** Maturité précoce et mélanodermie chez un garçon de $6^1/_2$ ans.

(Rev. méd. de la Suisse rom. 1890. Mai 20.)

Interessanter Fall von Koincidenz von Maturitas praecox und Melanodermie. Hereditär nichts Abnormes. Schon im Alter von 6 Wochen fällt die rauhe Stimme des Knaben, die der eines Erwachsenen gleicht, auf. Zu 6 Monaten beginnt eine starke Entwicklung der Genitalien, die im Alter von 4 Jahren die eines Erwachsenen sind, zugleich vollkommene Haarentwicklung in der Umgebung derselben. Vom 2. Jahre an bilden sich große braune Flecken an Hals, Thorax, Bauch und Gliedern; zu gleicher Zeit stellen sich dicht gedrängte linsengroße, etwas prominente braune Flecken im Gesicht ein, sonst ist die Haut normal; es bestehen (außer Augenbrauen und Wimpern) keine Haare im Gesicht, auch nicht in den Achselhöhlen. Bei der Untersuchung fällt die Prominenz der Cartilago thyreoidea, ebenfalls der beim Erwachsenen gleichend, auf; keine Struma. Thoraxorgane normal. Intelligenz vielleicht etwas geringer als normal. Die Kopfhaare sind blond, fein, kurz, nur an zwei ovalen Stellen von einigen Quadratcentimetern finden sich schwarze, lange Locken bildende Haare.

Der Knabe hat seit frühester Jugend an Erbrechen und Diarrhoen gelitten, ist daher auch, trotz beständiger Gefräßigkeit, mager geblieben. Die ersten Schneidezähne brachen erst im Alter von $14^1/_2$ Monaten durch. Gehen lernte das Kind erst zu $2^1/_2$ Jahren. Trotzdem bestanden bei der Untersuchung keinerlei Zeichen von Rachitis.

Die Koincidenz von Maturitas praecox mit Melanodermie ist bisher nicht beobachtet, wohl aber mit Hypertrichosis. **A. Freudenberg** (Berlin).

15. **D. J. Brakenridge** (Edinburgh). The present epidemic of so-called influenza.

(Edinb. med. journ. 1890. Mai.)

B.'s Mittheilungen über die letzte Influenza-Epidemie decken sich natürlich theilweise mit dem, was auch sonst darüber beobachtet und vielfach beschrieben ist, bringen aber doch außerdem manches recht Interessante. B. ist Arzt am Royal Infirmary in Edinburgh, hat aber im Krankenhause selbst nicht einen einzigen Fall von Influenza gehabt; seine Beobachtungen beziehen sich auf 236 Fälle der Privatpraxis. Verf. ist geneigt anzunehmen, dass der überwiegende Theil der Kranken in Edinburg überhaupt den wohlhabenderen Ständen angehörte, während die ärmeren Leute nur ein sehr geringes Kontingent stellten; auch andere Ärzte theilen diese Ansicht. Dafür spricht auch die Thatsache, dass ein von der Stadt besonders eingerichtetes Influenzahospital völlig leer stehen blieb.

Den Anfang der Epidemie möchte Verf. schon auf Ende Oktober 1889 verlegen. Er beobachtete zu dieser Zeit bereits Fälle, die er nicht recht klassificiren konnte und die er nunmehr als leichte Influenza-Erkrankungen ansieht; jedenfalls aber brachte die erste Novemberwoche zweifellose Influenzafälle, denen andere nun ohne Unterbrechung, wenn auch noch nicht sehr zahlreich, folgten;

beträchtlich wurde ihre Zahl Ende December, und in der zweiten Hälfte des Januar 1890 hatte die Epidemie ihre Akme erreicht.

Aus den Mittheilungen des Verf. über Symptomatologie der Krankheit heben wir nur Einzelnes hervor.

Zwei Pat., welche ganz akut erkrankten, verloren binnen 5 resp. 3 Tagen 10 resp. 7 Pfund Körpergewicht; an anderen Kranken sind keine Wägungen ausgeführt, doch glaubt Verf. wiederholt ähnliche rasche Gewichtsabnahme beobachtet zu haben. Neben mehr oder weniger ausgeprägten Symptomen von Seiten einzelner Organe hat Verf. oft ein ganz auffallendes Schwanken in der Intensität der Krankheitserscheinungen, der subjektiven wie objektiven, gesehen; die Exacerbationen waren mitunter deutlich von starkem Ansteigen des Fiebers begleitet. Die Kranken waren häufig außerordentlich empfindlich gegen minimale Reize: das Öffnen einer Thür erzeugte Nießen oder Husten, ein mildes Abführmittel starken Durchfall und Erbrechen etc. Oft sah Verf. nach ganz kurzer Zeit, am häufigsten nach 4 Tagen, einen so bedeutenden Nachlass der Symptome, dass man an Genesung glauben mochte, dann aber kam eine abermalige, meist beträchtlichere Steigerung; diesen Verlauf beobachtete er so häufig, dass er darin mehr als Zufall erblickt. Die Krankheitsdauer variirte außerordentlich; der Beginn der Rekonvalescenz konnte nur selten genau fixirt werden. Die verschiedensten, oft sehr hartnäckigen Nachkrankheiten kamen vor, am häufigsten und am frühesten bei Leuten, die sich nicht genügend schonten, während Leute, die nach ärztlicher Vorschrift lange genug im Bette blieben, bald und definitiv genasen. Consecutive Störungen mannigfacher Art schlossen sich bald fast unmittelbar an die Krankheit (resp. an unvorsichtiges Verhalten während der Rekonvalescenz) an, bald traten sie erst längere Zeit hinterher auf. In ersterer Beziehung sind zu nennen: Neigung zu Ohnmacht, Schwindel und Erbrechen, verschiedene lokalisirte Schmerzen, Schwächegefühl, schlechtes Aussehen, Abmagerung, Oppressionsgefühl, die schon oben erwähnte abnorme Empfindlichkeit gegen geringfügige äußere Reize etc. Tödlichen Ausgang erlebte Verf. bei seinen Fällen nicht.

Mehrfach konstatirte Verf. Pneumonien mehr katarrhalischer Natur, die zuweilen deutliche Neigung zum Wandern zeigten.

Mit Rücksicht auf die Natur der Krankheit führt Verf. einige Beobachtungen an, die, wenn man sich auch ihrer Deutung nicht anschließt, doch sicher großes Interesse haben. Er ist nämlich nicht abgeneigt, anzunehmen, dass die Influenza ätiologische Beziehungen zur Dengue habe, dass möglicherweise beide nur verschiedene Modifikationen derselben Grundkrankheit seien. Außer dem Hinweise auf die auch von anderen Autoren hervorgehobene Ähnlichkeit mancher Symptome bringt Verf. einzelne Beobachtungen, von denen wir folgende reproduciren: Ein Officier, welchen Verf. behandelte, hatte vor nicht langer Zeit in Birma Dengue durchgemacht und erkrankte nun in Edinburg an der herrschenden »Influenza«, erklärte aber bestimmt, das sei ja wieder Dengue, den er schon kenne. An Bord des »Agamemnon«, welcher vom November 1888 bis zum September 1889 vor Zanzibar lag, brach eine Epidemie von Dengue aus (»modificirtem aber zweifellosem Dengue, welcher in mancher Beziehung der gegenwärtig herrschenden Influenza glich«), an welchem 175 Mann erkrankten. Das Schiff ging nach Malta, wo gerade (Ende 1889) Influenza herrschte — die Besatzung erkrankte nur in ganz geringem Maße an Influenza, während die Mannschaften der übrigen dort stationirten Schiffe stark davon heimgesucht wurden. **Küssner** (Halle).

16. **J. W. Moore** (Dublin). The influenza epidemic of 1889—1890, as observed in Dublin.

(Dublin journ. med. journ. 1890. April.)

M.'s Mittheilungen über die Influenza in Dublin während des verflossenen Winters bringen nach der klinischen Seite hin wesentlich Übereinstimmendes mit sonst Bekanntem; dagegen sind die lokalen und statistischen Daten, die sich auf amtliches Material, zum Vergleich auch aus früheren Jahren, stützen, von Interesse.

Die eigentliche Epidemie dauerte von Anfang December 1889 bis Ende Februar 1890 und war sehr ausgedehnt. Sie hatte ausgesprochenen Einfluss auf die Gesammtsterblichkeit, welche dadurch eine ganz ungewöhnliche Höhe erreichte.

Es ist für Dublin nachgewiesen, dass sonst in kalten Wintern die Sterblichkeit eine beträchtliche Zunahme erfährt, namentlich in Folge des Auftretens zahlreicher Pneumonien und Bronchitiden; in warmen Wintern dagegen ist die Sterblichkeit wesentlich geringer. Verf. belegt dies durch genaue statistische Tabellen für viele Jahre. Nun war der verflossene Winter auffallend mild — trotzdem die hohe Mortalität, besonders im Januar, welcher als Höhepunkt der Epidemie bezeichnet werden muss. Es ist also nicht zu bezweifeln, dass in der That die Influenza die eigentliche Schuld an der bedeutenden Sterblichkeit trägt. Andererseits wurde die Krankheit selbst nur selten tödlich; vielmehr finden sich in den Sterberegistern ganz überwiegend häufig als Todesursache Erkrankungen der Athmungsorgane, speciell Pneumonie, angegeben; auch relativ viele Phthisiker gingen zu Grunde. Ferner starb eine ziemlich große Zahl von Herzkranken. Man darf also annehmen, dass die Influenza indirekt die Steigerung der Mortalität bewirkte, durch Komplikationen und Nachkrankheiten besonders oben genannter Art.

Die Krankheit verbreitete sich zu gleicher Zeit und eben so schnell in den Vorstädten, wie im Centrum der Stadt, während bei anderen Infektionskrankheiten, wie Typhus, Pocken, Scharlach, Masern immer ein allmähliches Fortschreiten zu konstatiren ist.

Die Sterblichkeit betraf ausschließlich Erwachsene (in jedem Alter), während Kinder in zartem Alter ganz verschont blieben.

Küssner (Halle).

17. **Bristowe.** Notes on an outbreak of influenza at King Edward's schools for girls.

(Brit. med. journ. 1890. No. 1521.)

18. **Preston.** An outbreak of influenza on board the industrial training ship mount Edgcumbe.

(Ibid. No. 1522.)

Beim Ausbruch der Influenza in King Edward's Schools befanden sich daselbst 240 Mädchen im Alter von 11—16 Jahren. Von diesen erkrankten 175, also etwa 73%. Am 17. Januar erkrankten 4 Kinder, am 20. waren 76, am 24. 162 befallen. Die noch übrigen 13 Erkrankungen stellten sich vom 24.—29. ein. Dann kamen keine neuen Fälle mehr. Mit der Außenwelt waren die Schülerinnen nur durch Vorsteherin und Arzt in Berührung gekommen. Der Verlauf war durchweg leichter als bei Erwachsenen.

Unter den Krankheitserscheinungen erwähnt B. ausführlicher das Exanthem. Herpes labialis wurde in 17 Fällen gesehen, das Exanthem in 36, also in mehr als 20%. Es handelte sich um dunkelrothe Papeln auf hellrothem Grunde, die bisweilen Serum oder Eiter enthielten. Das Exanthem fand sich in der Regel nur an Gesicht und Hals, manchmal auch an Armen und Händen, 2mal auch auf der Brust und den Schultern. Es trat gleich mit Beginn der Krankheit auf und blasste am 2. oder 3. Tage ab, worauf sich Abschuppung einstellte. Sicherlich handelte es sich nicht um ein medikamentöses Exanthem, da es auch bei Kindern auftrat, die keine Medikamente erhalten hatten. —

Die von P. beschriebene Schiffsepidemie befiel 85 von 196 Knaben im Alter von 12—16 Jahren und 12 Erwachsene. Auch hier verlief die Krankheit bei den Kindern milder als bei Erwachsenen. Bei 3 Knaben, die an demselben Tage erkrankt waren, trat am 4. Krankheitstage ein Nachschub mit Frost, Kopfweh und Temperatursteigerung ein. In welcher Verbindung das Schiff mit dem Festlande stand, ist nicht angegeben. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

19. **Combe.** L'influenze dans les écoles primaires de Lausanne.

(Revue méd. de la Suisse rom. 1890. Mai 20.)

C. hat in Lausanne, wo man die bei uns leider noch immer für entbehrlich gehaltene Anstellung von Schulärzten längst durchgeführt hat, den Verlauf der Influenza bei den Kindern der ihm unterstellten Anstalten zum Gegenstand der Untersuchung gemacht. Die Influenza, deren miasmatische Natur dem Verf. übrigens wahrscheinlich erscheint, trat in der Mitte des December in Lausanne auf. Von 3411 Kindern im Alter von 6—16 Jahren wurden 1840 von der Krankheit befallen. Das Alter spielte dabei keine Rolle; Knaben waren entschieden bevorzugt; ein Einfluss der Wohnungslage ließ sich nicht konstatiren. Von den 3 Formen, die auch C. unterscheidet, wurde die nervöse in 872 Fällen, die bronchitische in 302, die gastro-intestinale in 469 Fällen beobachtet; außerdem verzeichnet Verf. noch 197 Fälle nicht bestimmter Natur. Die Epidemie verlief im Allgemeinen gutartig; die 3 einzigen Todesfälle waren die Folge einer komplicirenden Meningitis. Die vielfach beschriebenen Komplikationen und Nachkrankheiten wurden auch von C. bei den Schulkindern beobachtet. **M. Cohn** (Berlin).

20. **Aufrecht.** Einige Notizen zur Influenzafrage.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 42.)

Die Bemerkungen A.'s, denen ein Material von 329 im Krankenhause beobachteten Fällen zu Grunde liegt, bringen unter vielem oft bereits Erwähnten eine interessante Auseinandersetzung über die Übertragung der Influenza. Die vielen Widersprüche, die in den verschiedenen Veröffentlichungen zu Tage treten, so wie eigene Wahrnehmungen lassen dem Verf. folgende Annahme wahrscheinlich erscheinen: Die Influenza ist eine kontagiöse Erkrankung, deren Erreger — Bakterien — außerhalb des menschlichen Organismus ihre erste Entwicklungsstätte haben, und unter günstigen Bedingungen sich so massenhaft entwickeln und so wirksam werden, dass der menschliche Organismus unter ihrem Eindringen leidet. Außerdem aber ist eine Übertragbarkeit des Krankheitserregers von erkrankten Menschen auf Gesunde nicht zu bezweifeln. Wenn dieselbe trotz nahen Verkehrs und trotz einer allgemeinen Disposition nur selten ist, so kann hierfür nur eine Abschwächung der Virulenz der Bakterien nach ihrem erstmaligen Aufenthalt im menschlichen Körper als maßgebend angesehen werden.

Eine Komplikation, die bisher noch nicht hervorgehoben wurde, hatte A. mehrfach zu beobachten Gelegenheit, nämlich das Auftreten von Herzfehlern in Folge von Influenza. Er sah im Krankenhause bei 3 Pat. innerhalb der ersten Krankheitstage Herzklappenfehler entstehen, und ferner kamen nach dem Aufhören der Epidemie 2 Pat. mit Mitralinsufficienz in Behandlung, welche bis zu ihrer Erkrankung gesund waren und ihr Herzleiden mit Bestimmtheit auf die Influenza zurückführten. **M. Cohn** (Berlin).

21. **Sokolowski.** Über die Erscheinungen und Komplikationen von Seiten der Respirationsorgane im Verlaufe der Influenza-Epidemie.

(Sonderabdruck aus der Internationalen klin. Rundschau 1890. No. 12—15.)

Verf. hat im Ganzen 146 Influenzafälle beobachtet, von welchen 113 zur bronchialen Form gehörten. Nach Besprechung einiger allgemeiner Erscheinungen bei seinen Kranken geht S. zur Schilderung der Symptome seitens der Respirationsorgane über und bespricht nach einander Husten, Dyspnoe, Seitenschmerz, Bluthusten, Nasenbluten, physikalische Erscheinungen, Katarrhe in den oberen Abschnitten des Respirationstractus. Sodann bespricht S. den ungünstigen Einfluss, den Influenza auf Pat., die vorher an chronischem Bronchialkatarrh und speciell an Lungenemphysem litten, ausübt, und betont auch seinerseits die ja von vielen Autoren betonte höchst schädliche Wirkung auf den Verlauf der chronischen Lungentuberkulose. Am Schlusse bespricht Verf. ausführlich die schwerste Komplikation, die Pneumonie, wobei er zwischen katarrhalischer sog. Influenzapneumonie und fibrinöser Pneumonie unterscheidet und speciell die hohe Mortalität bei Influenzapneumonie hervorhebt. Wir wollen schließlich noch erwähnen, dass auch

S. eine hochgradige Verminderung der Fälle von Abdominaltyphus während der Influenza-Epidemie konstatirt hat. **M. Cohn** (Berlin).

22. **A. Vogl** (München). Mittheilungen über die Beziehung der Influenza zu den Athmungsorganen.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 23—25.)

Im Münchener Garnisonlazarett kamen die ersten Fälle von Influenza zur Beobachtung am 10. December 1889, die Erkrankung erreichte ihre Höhe am 23. December und am 8. Februar 1890 ihren Abschluss. Von der 8823 Mann starken Besatzung erkrankten 1247, also 141,3 pro Mille. Die Mittheilungen V.'s geben wesentlich Aufschluss über ganz schwere entzündliche Komplikationen auf der Höhe von Einzelfällen, theils über Folgezustände in Form rasch sich entwickelnder Tuberkulose in einer großen Reihe von Fällen. Auf V.'s Abtheilung fanden 278 Influenzakranke Aufnahme, welche in der Mehrzahl ausgesprochener katarrhalischer Entzündung entbehrten; unter den genesenen Fällen befinden sich nur 2, in welchen die Entwicklung einer Bronchopneumonie aus einer Bronchitis zu verfolgen war; der eine der Fälle hatte außerdem eine seröse Pleuritis; das entnommene Exsudat enthielt eine Reinkultur von A. Fraenkel'schen Diplokokken. 8 Soldaten starben von 278, das sind 2,8% Mortalität; die Todesursache war 2mal Empyem mit Pericarditis, je 1mal Pericarditis fibrinosa, Pneumonia fibrinosa, Pneumonia fibrinosa mit Exsudatum pleuriticum haemorrhagicum, 2mal Bronchopneumonie mit Empyem, 1mal Bronchopneumonie mit Pleuritis serosa und Pericarditis. In 5 von diesen Fällen war der Zusammenhang mit vorausgegangener Influenza klar; in 2 Fällen von Bronchopneumonie mit Empyema fanden sich bei der Sektion in den unteren Lungenlappen nekrotische Herde, in einem 3. Falle mit Pleuritis sicca an einer Seite und Empyem an der anderen Seite fand sich links nicht die Lunge im Zustande der Nekrosirung des Gewebes, während rechts, dem Sitze des Empyems, die Lunge nekrotische Stellen in deutlichster Form aufwies; eine Kontinuität der Erkrankung der Lunge mit dem Empyem ließ sich nicht auffinden. Den Hauptwerth findet die Arbeit V.'s in der Beziehung der Influenza zur Tuberkulosis. Von Mitte December 1889 bis Mitte Februar 1890 wurden bei 81 Soldaten Tuberkelbacillen im Sputum aufgefunden, doppelt so viel Fälle als sonst in einem ganzen Jahre. Gestützt auf die genauesten Daten über die Mannschaften bei der Einstellung in die Truppe, über die Länge der Dienstzeit, das Vorleben und die Heredität folgert V., dass in diesen Fällen durch die Influenzaerkrankung eine schon gegebene, aber mehr oder minder latente Tuberkulose manifest geworden ist; hiermit im Einklang steht die in diesem Aufsatze befindliche Mittheilung Dr. Pauer's, der 10 Beispiele kurz mittheilt. Im Ganzen zieht V. aus der abgelaufenen Influenza-Epidemie die Schlüsse: 1) dass die Influenza in kaum geahnter Weise lebensgefährlich ist, weniger direkt durch die Schwere der Infektion, als indirekt durch die Komplikationen und Folgezustände, namentlich von Seiten der Athmungsorgane; 2) dass schon im 20. Lebensjahre die Bevölkerung, sowohl bürgerliche wie militärische, die Keime der Tuberkulose in größerem Umfange als man dachte in sich trägt. **Prior** (Köln).

23. **Pawiński** (Warschau). Über die Einwirkung der Influenza aufs Herz.

(Gaz. lekarska 1890. No. 14—16. [Polnisch.])

Auf Grund sorgfältig beobachteter Influenzafälle sucht P. nachzuweisen, dass die Influenza in bedeutendem Maße geeignet sei, Herzerkrankungen hervorzurufen resp. bestehende Veränderungen zu vergrößern. Die vom Verf. angeführten Belege, mit peinlichster Genauigkeit zusammengestellt, lassen auch keinem Zweifel Raum und, wiewohl Obduktionsbefunde fehlen, sind doch die klinischen Momente vollkommen hinreichend beweiskräftig.

A. Endocarditische Erkrankungen.

1) 23jährige Ipara. 5 Monate nach der Entbindung Influenza. Zu einer früheren Aorteninsufficienz gesellen sich Erscheinungen einer ulcerösen Endocarditis

valv. aortae et valv. mitr. Das hartnäckige, wochenlange Fieber — nach Ablauf der Influenza — zeigt anfänglich typhösen, später pyämischen Charakter; Infarkte, auskultatorische und perkutorische Erscheinungen am Herzen selbst stützen die Diagnose. Als Ursache dieser (Infektions-) Erkrankung des Herzens kann nur die Influenza angesehen werden.

2) 29jähriger Mann, Marineofficier. Aorteninsufficienz rheumatischen Ursprungs. Unmittelbar nach einer weiten Reise Erkrankung an Influenza, nachdem Pat. schon einige Zeit früher bedeutende Prostration, Nephritis zeigte. Die 3wöchentliche fieberhafte Erkrankung endigte letal unter Erschöpfungserscheinungen. Der neue, unzweifelhaft nachweisbare Nachschub an den Aortenklappen machte sich hauptsächlich durch das ausgesprochene systolische Geräusch bemerkbar. Der Fieberverlauf entspricht der ulcerösen Endocarditis.

3) Älterer Mann. Stenosis ostii venosi sin. Influenza. 8wöchentliches Fieber. Wandernde ulceröse frische Endocarditis mitralis — Insuff. mitralis.

4) 13jähriges Mädchen. Chorea. Endocard. mitr. chron. (insuff.). Einige Monate vor der Erkrankuag an Influenza glänzendes Allgemeinbefinden. In Folge der Influenza frische Endocard. valvul. semilun. aortae subsequ. insuff. 6wöchentliches Fieber (Maximum 39,5° C.), fast kontinuirlich. Recidiv der Chorea.

5) 11jähriges Mädchen. Insufficienz mitr. rheumatischen Ursprungs. Gegen Ende des 5. Influenzatages systolisches Geräusch im rechten 2. Intercostalraum und am Sternum in der Höhe der 3. Rippe bemerkbar. Febris remittens fast 3 Wochen. Nach einigen Wochen ausgesprochene Aorteninsufficienz.

6) 31jährige Frau mit Endocarditis sclerotica cum hypertr. v. sin. Ca. 4 Wochen nach überstandener Influenza unter fortwährenden Fiebererscheinungen im Anschlusse an die Influenza Erscheinungen einer Endocarditis valv. semilun. aort. Rheumatismus ausgeschlossen.

7) 18jähriges Mädchen. Ca. 3 Wochen nach dem Influenza-Anfalle an dem bis nunzu gesunden Herzen eine Endocarditis nachweisbar, die sich in Kurzem zur deutlichen Insufficienz v. mitr., Endocard. valv. aortae, wie auch Stenosis ost. ven. sin. heranbildete. Die auskultatorischen wie auch perkutorischen Symptome sind hier unzweifelhaft. In der folgenden Zeit erscheinen auch allmählich rheumatische Kniegelenkschmerzen.

Verf. unterscheidet eine leichtere (Fall 4—7) und schwere Form der Endocarditis nach Influenza. Für die letztere Form wäre das anhaltende hohe Fieber mit typhösem Charakter bezeichnend, das aber auch manchmal an Pyämie erinnerte (Fall 1). Allgemeine Prostration und Delirien, auch in fieberfreien Intervallen, gehörten zu den häufigen Erscheinungen. Der bösartigen Form (3 Fälle) unterlagen in Folge von Herzlähmung 2 Kranke.

Die Intensität der Influenza-Erscheinungen war von keinem Einflusse auf die Intensität resp. Malignität der Endocarditis. Schwächlichere, herabgekommene Individuen erkrankten an der schweren, bösartigeren Form. Der Lieblingssitz der Veränderungen waren die Semilunarklappen der Aorta. Bemerkt muss werden, dass es die »nervöse« Form, selten die katarrhalische der Influenza war, die überhaupt durch Endocarditis komplicirt wurde. Als bezeichnend für die Influenza-Endocarditis betrachtet der Verf. das langdauernde Fieber, und die Neigung derselben zu ulcerösen Processen. Die postrheumatische Endocarditis dauert gewöhnlich bedeutend kürzer und geht selten in die ulceröse Form über.

Des Verf. eigene Erfahrungen über die bakterielle Natur der Endocarditis pneumonica bestimmen ihn auch, die Influenza-Endocarditis als exquisit bakterielle Erkrankung anzusehen.

6 charakteristische Fälle illustriren den Einfluss der Influenza auf den Herzmuskel. Dieselben betreffen hauptsächlich ältere Individuen mit Herzverfettung, Myocarditis, Sclerosis art. etc. Hauptsächlichste Erscheinungen waren: Dyssystolie, Asystolie, überaus heftige Schmerzen in der Herzgegend. 1 Fall endigte tödlich in Folge von Herzlähmung. In allen Fällen konnten die gewöhnlich als Erschöpfungsursachen wirkenden Faktoren vollkommen ausgeschlossen werden und konnte nur

die Influenza, auch hier wieder die »nervöse« Form, als Hauptmoment angesehen werden. Die schädliche Einwirkung aufs Herz machte sich in viel größerem Maße bemerkbar in den Fällen mit geringem Fieber oder in völlig fieberfreien Fällen. Die Herzschwäche trat auch gewöhnlich zur Zeit des Sinkens der Temperatur oder in der afebrilen Periode auf. Verf. meint, das Fieber dürfte als excitirendes Moment wirken.

An der Hand von 3 Fällen bespricht Verf. den Einfluss der Influenza auf das Herz-Nervensystem. Es zeigt sich, dass Individuen mit Vagusneurosen (Tachycardie) in hohem Maße zur Verschlimmerung ihres Leidens geneigt sind. Bemerkenswerth ist Fall 1, wo bei einer an Tachycardie post Endo-peri-parametr. leidenden Frau (130—140 Pulsschläge) nach der Influenza eine allgemeine Prostration mit ungewöhnlicher Tachycardie zurückblieb. Die gewöhnliche Anzahl von 200—240 Pulsschlägen pro Minute stieg bei der geringsten Bewegung auf 300 pro Minute. Die Kranke ging an Erschöpfung nach mehrwöchentlichem Krankenlager zu Grunde.

Bei anderen Kranken, oft auf hysterischer Grundlage, konstatirte Verf. Angina pectoris, Pulsarhythmie, Intermissionen des Radialpulses, auch Allorhythmie bei Lageveränderungen des Körpers.

In einem Falle beobachtete Verf. das plötzliche Auftreten von Morbus Basedowii nach Influenza bei einer Person, die früher nur an unbedeutenden Herzsymptomen litt. **Pisek** (Lemberg).

24. **Ch. Kerley.** Two fatal cases of epidemic Influenza in infants.

(New York med. journ. 1890. März 15.)

Das eine Kind war 6 Monate alt, das andere 15 Monate. Neben der Temperatursteigerung war ein Intestinalkatarrh nachweisbar und eine leichte Bronchitis. Von vorn herein trat ein auffallender Kräfteverfall hervor, wie er durch die Herdsymptome nicht erklärt werden konnte. Die Sektion ergab außer einer leichten Hypostase in den Lungen nichts Pathologisches. **Prior** (Köln).

25. **W. Winternitz.** Eine Fieber- und Influenzakur.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 1.)

W. empfiehlt für diejenigen Formen von Fieber, die er als Wärmeretentionsfieber bezeichnet, den Process im Invasionsstadium durch forcirte bis zur Schweißbildung getriebene aktive Muskelaktion zu koupiren und beweist die Ausführbarkeit dieses Eingriffes an 2 Fällen. Der eine betrifft W. selbst, der zur Zeit der Influenza-Epidemie plötzlich unter Fieber (38,8°) und großer Abgeschlagenheit erkrankte. In diesem Stadium nun erzielte W. durch einen forcirten Marsch Schweiß und sehr bald Abfall der Temperatur; am nächsten Morgen trat völlige Genesung ein. Für W. steht es fest, dass er durch die forcirte Muskelaktion in diesem Falle den Ausbruch irgend einer fieberhaften, vielleicht langwierigeren Krankheit koupirt habe; eine Ephemera glaubt er mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließen zu dürfen, weil gerade zu jener Zeit die Influenza-Epidemie herrschte, sein (des Autors) ganzes Hausgesinde ähnlich erkrankt war und bei keinem der Erkrankten der Verlauf ein so rapider war. Also müsse die eingeleitete Kur (aktive Muskelaktion) mit dem erzwungenen Schweiß den Process koupirt haben. W. theilt noch einen zweiten Fall mit, in welchem es sich um eine Rachendiphtherie, Fieber (41°) handelte. Der Autor, der aus der tief cyanotischen Färbung der entzündeten Schleimhaut erkannte, dass es sich um eine Blutstagnation handle, setzte die Anwendung von Kälte (Eispillen) aus und ließ hingegen fortgesetzt heiße Milch trinken. Die Reizwirkung der heißen Flüssigkeit und die fortgesetzte Kontraktion der unter der erkrankten Schleimhaut gelegenen Muskeln (Schlucken) entsprach viel eher der Indikation, das Blut in den paretischen Gefäßen wieder in Bewegung zu versetzen. W. flößte also innerhalb kurzer Zeitintervalle seiner Pat. heiße Milch (im Ganzen $2^1/_2$ Liter) ein, die anfänglich sehr schwer, später aber, Dank der durch die aktive Muskelbewegung erzielten Entleerung der mit Blut überfüllten Gefäße, immer leichter geschluckt wurde. Auch in diesem Falle trat am nächsten

Morgen mit profusem Schweiß Entfieberung, Wohlbefinden und Heilung des Lokalprocesses (Abstoßung der Belege an den Mandeln) ein.

F. Kauders (Wien).

26. **B. Pernice e G. Alessi.** Sulla diffusione nell' organismo del pneumococco di Fraenkel nella pneumonite crupale.

(Riforma med. 1890. No. 111 u. 112.)

Sämmtliche Leichentheile von zwei an krupöser Pneumonie verstorbenen Menschen, so wie fast alle Theile eines an derselben Krankheit verendeten Hundes enthielten den Fraenkel'schen Pneumococcus, dessen Vorhandensein jedes Mal durch das Mikroskop, durch Kulturen, so wie durch die pathogenen Folgen der Impfung erwiesen wurde. Im Einzelnen gelangten zur Untersuchung beim Menschen: Theile der hepatisirten Lunge, peribronchiale Lymphdrüsen, Milz, Leber, Peritonealflüssigkeit, Blut aus der Vena femoralis, Flüssigkeit des Kniegelenkes, des Sinus frontalis, Knochenmark aus der Tibia, Ödemflüssigkeit vom Schenkel; beim Hunde, welcher nur im Kniegelenk die Kokken vermissen ließ, wurden Lunge, Herzblut, Leber, Flüssigkeit der Nierenpapillen mit positivem Ergebnis untersucht. Im Allgemeinen zeigte sich die Gegenwart des Pneumococcus in den einzelnen Organen durchaus unabhängig von dem Vorhandensein lokaler Entzündungen. Der Pneumococcus muss diesen Untersuchungen zufolge und unter Berücksichtigung der vorliegenden klinischen Beobachtungen über seine ätiologische Bedeutung in der Cerebrospinalmeningitis, in einzelnen Fällen von Pericarditis, Nephritis, Peritonitis etc. als ein phlogogenes Agens aufgefasst werden, das zunächst eine Allgemeininfektion bewirkt, daneben besonders häufig sich in der Lunge lokalisirt, aber auch in verschiedenen anderen Organen eine Entzündung hervorrufen kann.

G. Sticker (Köln).

27. **Robin et Tessier.** Pneumonie des vieillards. Cirrhose hypertrophique latente. Considérations cliniques.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 20.)

Die Verff. besprechen nach Schilderung einer Krankengeschichte die hauptsächlichen Erscheinungen, welche die Pneumonie im Greisenalter von derselben Erkrankung bei jüngeren Individuen unterscheiden. Die betr. Pat. erkrankte mit kurzem Zwischenraum 2mal hinter einander an Pneumonie. In beiden Fällen war Anfangs kein Schüttelfrost, keine Seitenstiche, kein Auswurf vorhanden, ja bei der zweiten Attacke zeigte sich erst kurz vor dem Tode Temperaturerhöhung. Da es schwierig ist, die Pneumonie bei alten Leuten unter diesen Umständen zu erkennen, so sind andere Umstände noch in Betracht zu ziehen. Besonders wichtig ist das Verhalten der Zunge, welche trocken, rissig, dunkelroth bis schwarz ist. Herpeseruptionen sind bei alten Leuten sehr selten und bilden ein schlechtes Prognosticum. Bei der Sektion fand sich außerdem hypertrophische Lebercirrhose und ein großer Gallenstein, die während des Lebens gar keine Erscheinungen bedingt hatten; nur gegen Ende der terminalen Pneumonie war Ikterus aufgetreten als Reaktion der Leber gegen den infektiösen Process. Die Toleranz alter Leute gegen chronische Krankheiten ist häufig und merkwürdig.

G. Meyer (Berlin).

28. **V. Cervello.** Enfisema polmonare da occlusione delle vie nasali.

(Riforma med. 1890. No. 116.)

C. sah bei gesunden Hunden, denen er mittels zahlreicher Suturen die Nasenöffnungen völlig verschloss, ausnahmslos in wenigen Tagen eine Lungenblähung sich ausbilden. Wie weit das Gleiche bei unvollständigem Verschluss der Nase geschieht, vermag er nicht anzugeben; die Nutzanwendung seiner Experimente auf die Klinik des Emphysems überlässt er weiteren Forschungen.

G. Sticker (Köln).

29. **Senator.** Ein Fall von Leukaemia acutissima und centripetalem Venenpuls.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 4.)

Der Fall, welcher eine 49jährige Frau betrifft, bietet mancherlei Interesse dar, einmal, weil sich die Leukämie in äußerst kurzer Zeit entwickelte und in ihrer Entstehung zurückgeführt werden konnte auf wiederholte, jahrelang bestehende Blutverluste und damit einhergehende Anämie; sodann, weil sich trotz vorhandener Schrumpfniere niemals Eiweiß im Urin gefunden hatte, und endlich durch die Erscheinung des centripetalen Venenpulses. Verf. erörtert sodann die Bedingungen, unter welchen letzterer zu Stande kommt, als deren hauptsächlichste der Fortfall der Elasticität und besonders der Widerstände an den Ausläufern der Arterien anzusehen sind, während die Herzkraft für sich allein nur als begünstigendes Moment wirkt. Mit Entschiedenheit bestreitet er aber, dass eine akute Venenstauung, wie sie örtlich in der Augenhöhle stattfindet, eine allgemeine oder nothwendige Bedingung für das Entstehen des centripetalen Venenpulses sei, und ist der Meinung, dass die venöse Stauung eine ganz untergeordnete Rolle spielt und nur durch pralle Füllung der Venen, wenn die sonstigen Bedingungen vorhanden sind, das Auftreten des Pulses begünstigen kann. Zum Schluss wird auf die von den Arterien mitgetheilte, also nur scheinbare Venenpulsation hingewiesen, wie sie an dem Handrücken abgemagerter Phthisiker auftritt.

Markwald (Gießen).

30. **Quincke.** Über Kapillarpuls und centripetalen Venenpuls.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 12.)

Verf. erörtert die Bedingungen, unter welchen der Kapillarpuls zu Stande kommt, und bespricht sodann die Ursachen, welche die Entstehung des centripetalen Venenpulses, den er für gar nicht selten hält, veranlassen. Hauptbedingung für das Zustandekommen desselben ist Erschlaffung der Gefäße, besonders der Arterien, dann auch der Kapillaren und Venen, wie sie namentlich bei gewissen Stadien des Fiebers, dann durch nervöse Einflüsse und weiterhin auch durch äußere Einwirkungen hervorgerufen wird. Aber auch noch eine Anzahl anderer Bedingungen sind hierzu erforderlich, so Zartheit der Haut, kräftige Herzaktion zur Erzeugung einer genügend hohen Pulswelle und ein gewisser mittlerer Füllungsstand der Venen, der außer von Erschlaffung der Venenwand, namentlich auch von der jeweiligen Lagerung der Extremität abhängt. Neben centripetalem Venenpuls kommt Kapillarpuls nur ausnahmsweise vor. Der erstere wird bei geeignetem Verhalten der Gefäße nur dann auftreten, wenn die arterielle Pulswelle eine gewisse Größe hat, und um so leichter, je größer die Druckdifferenz zwischen Herzsystole und Diastole ist, namentlich also bei Aortenklappeninsufficienz. Auch Arteriosklerose kann begünstigend für die Entstehung des centripetalen Venenpulses wirken, während venöse Stauung dafür hinderlich ist.

Markwald (Gießen).

31. **A. Katz** (Wien). Harnuntersuchung in einem Falle von Morbus Addisonii.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 21.)

Die bisher vorliegenden Stoffwechseluntersuchungen beim Morbus Addisonii sind an Zahl gering; am bekanntesten sind die Ausführungen Rosenstirn's, welcher bei zwei Pat, von denen der eine 60, der andere 72 Jahre alt war, eine erhebliche Verminderung in der Ausscheidung des Harnstoffes und der Phosphorsäure fand und daraus auf eine bedeutende Verlangsamung des Stoffwechsels schloss; die Indicanmenge war vermehrt. Die Veröffentlichung Guttmann's bezieht sich auf 3 Fälle, bei denen eine längere Zeit durchgeführte Harnanalyse eine Abnahme des Harnstoffes und eine Zunahme des Indican feststellte, dagegen konnte in einem weiteren Falle diese Angabe nicht bestätigt werden. K. hat nun längere Zeit hindurch die Harnuntersuchung bei einem 31jährigen Manne mit Bronzekrankheit ausgeführt; die Kost blieb während der Beobachtungszeit die nämliche, genau be-

stimmte. Dieselbe Nahrung nahm die Kontrollperson. Es geht aus der Beobachtung hervor, dass eine Verminderung des Harnstoffes nicht stattfand, eben so wenig wichen die anderen Harnbestandtheile von der Norm ab. Zu gleicher Zeit erwies sich die Blutprobe als normal. Da nun dieser Fall von Morbus Addisonii ohne irgend eine Komplikation sich darbot und, abgesehen von der dunklen Verfärbung der Haut, kein Krankheitssymptom zu Tage trat, so lässt sich wohl schließen, dass die anfängliche Verfärbung der Haut mit schweren Veränderungen des Gesammtorganismus nicht einhergeht und dass weiterhin nicht jeder Fall von Bronzekrankheit mit hochgradiger Anämie einhergehen muss. Auch in dem von Guttmann mitgetheilten 4. Falle verhielt sich das Blut normal.

Prior (Köln).

32. **Szohner.** Die Behandlung der Lungenphthise mit Perubalsam.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 21.)

Bei 16 Phthisikern wurden von L. Inhalationen von einer erwärmten 3%igen Perubalsamemulsion angewandt. Die Folgeerscheinungen glichen ungemein denen nach Inhalation medikamentösen Wasserdampfes (Borax, Kampher und Menthol) auftretenden, indem eine rasche Erweichung und Entfernung der Krankheitsprodukte, Besserung der Verdauung und Blutbildung, Verringerung und Sistirung des Fiebers herbeigeführt wurde. Jedoch gingen die katarrhalischen Erscheinungen auf die balsamischen Inhalationen rascher zurück. Das kavernöse Sputum änderte sich rascher in ein ziehendes, durchsichtiges um. Nebst der Zunahme der Lungenkapacität steigerte sich auch das Gewicht und das Allgemeinbefinden. Verf. machte die Erfahrung, dass sich bei jenen Kranken, die keinen größeren Verlust als 45 höchstens 60% der Kapacität aufweisen, noch immer mittels dieser Behandlung auf Heilung hoffen lässt. Überschreitet die Kapacität 65—80%, so ist nur eine flüchtige Besserung zu erwarten.

Interessant war die Beobachtung bei einem an Diabetes leidenden Phthisiker, dass, wie ältere Beobachtungen auch bestätigen, durch die Inhalationen der Zucker aus dem Urine verschwand.

Peiper (Greifswald).

33. **Nykamp.** Versuche über die Wirkung der heißen Luft nach Weigert bei Larynxtuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 18.)

Verf. kommt durch Versuche bei Pat., die an Larynxtuberkulose litten und bei denen der Weigert'sche Apparat in Anwendung kam, so wie durch Thierversuche zu folgenden Schlüssen: die Luft, welche mittels des Weigert'schen Apparates eingeathmet wird, scheint viel höher erhitzt zu sein, als es in Wirklichkeit der Fall ist, da die Temperatur des kupfernen Leitungsrohres den Stand des Thermometers erhöht. Die eingeathmete Luft wird auf ihrem Wege nach dem Larynx so erheblich abgekühlt, dass sie wirkungslos wird, das Wachsthum der Tuberkelbacillen also nicht hemmen kann. Die Ursache der Abkühlung liegt in der Verdampfung der großen Quantität Wasser, die der Mund- und Pharynxschleimhaut entzogen wird. Ein günstiger Einfluss auf die lokale Erkrankung wurde nicht beobachtet.

Peiper (Greifswald).

34. **Hochhalt.** Über die Wirkung des Pilokarpin bei chronischem Gelenkrheumatismus.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 22.)

Ausgehend von der Meinung, dass der chronische Gelenkrheumatismus keine rein lokale Erkrankung sei, sondern ein gonarthritischer Process, wo das schädliche Agens aus dem Organismus noch nicht eliminirt sei, und bei der Nutzlosigkeit der sog. Antirheumatica, glaubt H. Pilokarpin empfehlen zu dürfen, besonders in jenen Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus, in denen hartnäckigere seröse Exsudate und leichtere bindegewebige Kontrakturen bestehen. Durch die Krankengeschichte eines Falles wird die günstige Wirkung des Pilokarpins illustrirt.

Seifert (Würzburg).

35. **Rifat.** Traitement du rhumatisme aigu et blennorrhagique par la phénacétine à haute dose.

(Bullet. génér. de thérap. 1890. Mai 15.)

R. empfiehlt warm die Anwendung des Phenacetin in großen Dosen gegen akuten und gonorrhoischen Gelenkrheumatismus. Er hat von ersterem 12, von letzterem 3 Fälle mit vollem Erfolge behandelt; bei den letzteren war vorher schon Salicylsäure ohne Erfolg gegeben worden. Er beginnt mit 3,0 Phenacetin pro die (in refracta dosi) und steigt täglich um 1 g bis auf 6 oder selbst 8 g pro die, von welcher Dosis man nach mehreren Tagen allmählich auf 3 g wieder zurückgeht, welche man ca. 1 Woche lang fortbrauchen lässt. Als unangenehme Nebenwirkungen sah er nur profuse Schweiße, einmal (nicht bei Gelenkrheumatismus, sondern bei Typhus) Cyanose, und einmal bei einer 65jährigen Frau mit Arteriosklerose vorübergehende urämische Symptome, wohl als Folge eines schon vorher bestehenden Nierenleidens. **A. Freudenberg** (Berlin).

36. **Kürt.** Behandlung des Spasmus glottidis.

(Wiener med. Blätter 1890. No. 22.)

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (25. Mai 1890) theilte K. mit, dass er bei Spasmus glottidis auffallend gute Erfolge von folgendem Verfahren gefunden habe. Ausgehend von der schon früher gemachten Erfahrung, dass man durch Reizung peripherer Trigeminusfasern in der Conjunctiva oder der Nasenschleimhaut auf den Nervus recurrens laryngis hemmend einwirken könne, versucht er bei Kindern den Anfall durch Einführen eines in Chininlösung getauchten Federbartes in der Nase zu koupiren und erzielte fast immer befriedigende Erfolge; wurde diese Behandlung bei mehreren Anfällen wiederholt, so blieben die weiteren Anfälle sehr bald aus. **Prior** (Köln).

37. **Genersich.** Beiträge zur hypnotischen Wirkung des Chloralamid.

(Pester med.-chir. Presse 1890. [Excerpt.])

Aus dem vorliegenden Excerpt ist es nicht ersichtlich, an wie viel Kranken die Untersuchungen angestellt worden sind, ferner auch nicht, ob eine psychische, suggestive Wirkung unter allen Kautelen ausgeschlossen worden ist, trotzdem Verf. angiebt, dass die Pat. Anfangs (?) über den Zweck der Versuche nicht orientirt worden seien. Seine Resultate sind folgende:

1) Das Chloralamid ist ein Hypnoticum und nur ein zweifelhaftes Narkoticum, da bei bestehenden Schmerzen kein Schlaf erzielt wurde.

2) Des Abends vor dem Schlafengehen wirken 2,0 g, am Tage 3,0—4,0 g; es erzielt die letztere Dosirung stets sichere Resultate.

3) Das Mittel wirkt am besten bei Schlaflosigkeit, die auf allgemeiner Nervosität beruht.

4) Nebenwirkungen sind selten, gering und nur bei großen Dosen (Kopfschmerz, Schwindel, Nausea).

5) Auf Verdauung und Diurese besteht kein Einfluss.

6) Die Pulsfrequenz nimmt bei großen Dosen zu; es ist also eine nicht gleichgültige Einwirkung auf das Gefäßsystem vorhanden. **Rosin** (Breslau).

38. **Buzzi.** Vorläufige Mittheilung über flüssige medicinische Seifen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890. No. 10.)

B. urgirt die Vorzüge der flüssigen Seifen. Bei denselben ist nämlich einmal besser für die Erhaltung des wirksamen Agens durch Luft- und Lichtabschluss gesorgt, eben so wie die Reinlichkeit eine größere ist. Ferner ist die Vertheilung des Medikaments und die genaue Dosirung besser ermöglicht. Ob auf den psychischen Eindruck der flüssigen Seifen ein besonderer Werth zu legen ist, wie B. meint, möchte Ref. dahingestellt sein lassen. **K. Herxheimer** (Frankfurt a/M.).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 49. **Sonnabend, den 6. December.** **1890.**

Inhalt: **O. Rosenbach**, Über den Antagonismus zwischen Jod- und Salicylpräparaten. (Original-Mittheilung.)

1. **Fräntzel** und **Runkwitz**, 2. **W. Levy**, 3. **Köhler** und **Westphal**, 4. **v. Bergmann**, 5. **Feilchenfeld**, Behandlung der Tuberkulose mittels des Koch'schen Verfahrens. — 6. **Lukjanow**, Einfluss partieller Leberexcision auf die Gallenabsonderung. — 7. **Mugdan**, Creolin. — 8. **Johannessen**, Fermente des Magens. — 9. **Georges**, Dyspepsie. — 10. **Cuffer**, Nervöse Erscheinungen bei Magenaffektionen. — 11. **Huber**, Bestimmung der motorischen Magenthätigkeit. — 12. **Cséri**, Mechanische Behandlung des Magens.

13. **Garrè**, Myxödem beim Kinde. — 14. **Crooke** und **Nason**, Nephritis im Gefolge von Meningitis. — 15. **Lucas**, Knochennekrose im Gefolge von Masern. — 16. **Denecke**, Inokulationstuberkulose. — 17. **Mayer**, 18. **A. Müller**, Krupöse Pneumonie. — 19. **Fleischer**, 20. **Heissler**, 21. **Sandwith**, 22. **le Noir**, 23. **B. Fränkel**, 24. **Amann**, 25. **Müller**, 26. **Lehr**, 27. **Herzog**, 28. **Westphalen**, Influenza. — 29. **Beckler**, Abnorme Pulsverlangsamung mit epileptischen Krämpfen. — 30. **Pope**, Lähmung des Glossopharyngeus. — 31. **Senator**, 32. **Scheiber**, 33. **Hildebrandt**, Erbrechen von Fliegenlarven. — 34. **Müller**, Tabesbehandlung durch Stützapparate.

Über den Antagonismus zwischen Jod- und Salicylpräparaten.

Von

Prof. **O. Rosenbach.**

So erfreulich es ist, dass die Resultate der von Pohl und mir[1] über das antagonistische Verhalten von Jod- und Salicylpräparaten angestellten Versuche wichtig genug erschienen, um alsbald einer Nachprüfung unterzogen zu werden, so bedenklich erscheint mir die Methode, durch die Herr Leuch, Assistenzarzt an der Klinik des Herrn Prof. Eichhorst, die Grundlagen für eine Kritik der von mir aufgestellten Sätze erlangt hat. Da voraussichtlich auch Nachprüfungen von anderer Seite erfolgen werden, so möchte ich die

[1] Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 36.

Gelegenheit nicht verabsäumen, zu bitten, doch die Versuchsmethoden und Bedingungen so zu wählen, dass mit gleichen Waffen gekämpft und nicht durch die Wahl anscheinend subtilerer, aber für den Kern der Sache durchaus unwesentlicher Veränderungen des Prüfungsmodus das Resultat verändert und einer mühsamen und langjährigen Untersuchungsreihe von vorn herein der Stempel ungenügender Genauigkeit aufgedrückt wird.

Der Hauptsatz unserer Untersuchungsreihen lautet bekanntlich folgendermaßen: »Es waltet also zwischen Jod und Salicyl der fundamentale Unterschied ob, dass Salicyl, per os oder per anum gegeben oder subkutan oder in eine Höhle injicirt, in jeder Richtung des Säftestromes und in allen serösen Höhlen, so wie im Urin zur Ausscheidung gelangt, während Jod, in den gebräuchlichen Dosen per os einverleibt, nur in die Transsudate übertritt, aber nie in die normalen oder entzündeten Gelenke oder in die Exsudate der Höhlen, der serösen Räume der Pleura und des Peritoneums abgeschieden wird.« Diesen Satz glaubt Herr Leuch auf Grund seiner Untersuchungen, die auf 6 Fällen von Pleuritis basiren, in der Hauptsache bestreiten zu müssen, da er bis auf einen Fall stets Jod und Salicyl in der Flüssigkeit fand (den Übergang in Transsudate, so wie den negativen Befund des Magensaftes nach Einverleibung von Salicyl per rectum bestätigt er); aus seinen Untersuchungen geht aber doch jedenfalls hervor, dass Jod schwieriger als Salicyl übergeht, da es in einem Falle, in dem noch dazu die höchste Gesammtdosis von Jod (15 g) verabreicht war, im Exsudate der Pleura überhaupt nicht, und in einem anderen, bei dem die Salicylreaktion der Peritonealflüssigkeit deutlich erschien, in dieser Flüssigkeit nur in Spuren auffindbar war. Trotz dieser Ausnahme verlöre aber durch die große Mehrzahl der positiven Beobachtungen des Herrn Leuch unser Satz sicher seine Allgemeingültigkeit, und da wir uns nicht den Vorwurf machen können, ungenau gearbeitet zu haben, so müssen die Differenzen ersichtlich auf fundamentale Verschiedenheit in den grundlegenden Principien zurückgeführt werden.

Eine solche Verschiedenheit kann schon durch die Auffassung, die man von dem Begriff »Exsudat« hat und durch die Schwierigkeit, die man wohl häufig unterschätzt, Exsudate von Transsudaten (vom Hydrops) zu trennen, bedingt sein. So lange man annahm, dass ein Hydrothorax doppelseitig sein müsse, war die Differenzirung leichter, aber nun erheben sich beträchtlichere diagnostische Schwierigkeiten, da es nicht nur gilt, gewisse einseitig auftretende Pleuraergüsse, die nur ein Effekt lokaler Stauung sind, von den entzündlichen abzutrennen, sondern da man auch oft gezwungen ist, selbst Ergüsse, die bei Neubildungen auftreten, als Effekt mechanischer Stauung aufzufassen. So kommt bei älteren Leuten, die an Herzschwäche leiden, gewöhnlich unter Ausbildung eines großen Lebertumors (durch Stauung) ein

isolirter rechtsseitiger Hydrothorax vor, der eine viel ungünstigere Prognose bietet, als eine Pleuritis; so bewirkt die chronische, schrumpfende Pleuritis durch die Verlegung zahlreicher Gefäße, durch Verlegung und Konstriktion derselben eine rein mechanische Transsudation; so kann bei großen pleuritischen Exsudaten, bei denen die zu Grunde liegende Entzündung abgelaufen ist, ein Wachsen der Flüssigkeit durch Druck des Ergusses auf die Gefäße der Pleura herbeigeführt werden, so dass der Fall eines zu einer abgelaufenen Pleuritis hinzutretenden Hydrothorax vorliegt (vgl. O. Rosenbach, Artikel Hydrothorax in Eulenburg's Realencyklopädie). Da man ferner nach dem heutigen Stande unserer pathologischen Auffassung auch scharf zwischen tuberkulöser Pleuritis und Peritonitis (mit entzündlichem Exsudat) und Tuberkulose der Pleura mit reiner Transudation der Flüssigkeit in Folge mechanischer Verlegung der abführenden Gefäße unterscheiden muss, so wird die Diagnose sehr erschwert, namentlich wenn die Affektionen doppelseitig sind oder alle serösen Höhlen ergriffen haben. Da sich somit während des Lebens oft die Entzündung der Pleura weder durch die Beschaffenheit des Exsudates, noch durch die begleitenden klinischen Erscheinungen genau differenziren lässt (denn erst die Sektion, welche allein das Fehlen aller entzündlichen Erscheinungen der Pleura auszuschließen vermag, kann Aufschluss geben), so glauben wir durch die Ergebnisse unserer Untersuchungen ein neues wichtiges Zeichen für diese Trennung von Stauung und Entzündung geliefert zu haben.

So möchte ich, ohne Herrn Leuch eines diagnostischen Irrthums zeihen zu wollen — denn es handelt sich ja hier eben um verschiedene Auffassung pathologischer Befunde, deren Natur nicht durch klinische Beobachtung, sondern erst durch die Autopsie klargelegt werden kann —, den Fall I (ausgedehnte Lungentuberkulose, seröse Pleuritis und Peritonitis), den Fall V (tuberkulöse doppelseitige Pleuritis und Peritonitis), so wie den Fall III (rechtsseitiges Exsudat bei einem 64jährigen Manne) in diese Kategorie rechnen oder als Mischform von Exsudat und Transsudat ansprechen. Eben so scheint mir die Beweiskraft des Falles VII (rechtsseitige hämorrhagische Pleuritis) aus zwei Gründen nicht durchschlagend: 1) wegen der allzu subjektiven Untersuchungsmethode, es ergab die Prüfung des veraschten Rückstandes nur »einige (!) deutlich gefärbte Stärkekörner unter dem Mikroskop« (!); 2) wegen der hämorrhagischen Beschaffenheit des Exsudates. Da nämlich das Blut nach Jodgebrauch immer den Jodnachweis gestattet, namentlich wenn man die Probe mit Veraschen der Flüssigkeit anwendet, so ist es klar, dass aus den rupturirten Gefäßen der Pleura, die das Exsudat hämorrhagisch machen, Blut und damit natürlich Jod in die Flüssigkeit gelangt, dass es sich also nicht um Jodgehalt in der Pleuraflüssigkeit durch Sekretion von Seiten des Pleuragewebes, sondern

um eine Zumischung durch rein mechanische Bedingungen handelt. Aus demselben Grunde sind auch nie Versuche zu verwerthen, bei denen irgend wie merkbare Blutungen sich dem Exsudate zumischen, wie dies bei Punktion mit gröberen Trokars so häufig geschieht. Erfolgt eine solche Blutung, so darf ein solcher Fall nur, wenn das Resultat trotzdem negativ ist, verwerthet werden.

Damit sind wir bei der Methodik des Jodnachweises angelangt und müssen bei diesem Punkte verweilen, da uns Herr Leuch gewissermaßen einen Vorwurf daraus macht, dass wir »unsere Methode nicht angegeben hätten«. Dies thut er mit Unrecht, denn da wir die Methode nicht ausdrücklich beschrieben, so ist eben anzunehmen, dass die gebräuchlichste von uns gewählt worden ist, d. h. wir haben entweder das Exsudat nach Zusatz von etwas Stärke mit rauchender Salpetersäure versetzt, und aus der Färbung der zu Boden gesunkenen Stärke auf das Vorhandensein von Jod geschlossen, oder nach Zusatz von Ac. nitr. mit Chloroform oder Schwefelkohlenstoff ausgeschüttelt und die Färbung dieser Lösungsmittel des Jod als Kriterium betrachtet. Die Veraschung des Exsudates haben wir gewöhnlich desshalb nicht angewendet, weil ja durch die gebräuchliche Probe (wie wir uns in vielen Versuchen durch Zusatz von Jod zu Exsudationsflüssigkeit überzeugten) schon minimale Mengen nachgewiesen werden, und weil diese Proben doch jedenfalls genügten zu zeigen, dass die Jodausscheidung gegenüber der Salicylausscheidung gleich Null sei, denn da Jod mindestens 20mal besser als Salicyl in allen Körperflüssigkeiten nachweisbar ist, so ist es wohl klar, dass man unter gleichen Bedingungen (Ausschütteln mit Äther in einem, mit Chloroform im anderen Falle) doch bei Weitem eher eine Jod- als eine Salicylreaktion erwarten musste. Wenn dies gerade umgekehrt der Fall war, d. h. die Salicylreaktion positiv, die Jodreaktion negativ ausfiel, so konnten wir wohl auf die Abwesenheit von Jod schließen, da die durch komplicirtere Methoden etwa gewonnenen Spuren eben therapeutisch belanglos sind.

Wir haben aber außerdem — und daraus darf man wohl folgern, dass wir mit genügender Vorsicht zu Werke gegangen sind — die einfachen Proben allein (ohne Veraschung) erst dann angestellt, als wir uns durch eine Reihe von Vorversuchen davon überzeugt hatten, dass auch in kleineren Mengen[2] veraschten Exsudats kein Jod nachweisbar sei. Die Methode findet sich genau beschrieben am Schlusse des Aufsatzes in No. 37 der Berliner klin. Wochenschrift.

Ich bin aber, obwohl es uns auch so nicht gelang, Jod in wirklichen Exsudaten aufzufinden, weit davon entfernt zu behaupten, dass sich nicht auch in Exsudaten einmal Spuren von Jod finden, wenn man große Mengen des Exsudats verascht und auf Jod

[2] Wir haben gewöhnlich nur die durch Probepunktion erhaltene Menge verascht und zur Prüfung benutzt, da es eben aus therapeutischen Gründen, die auf der Hand liegen, nicht immer angeht, größere Entleerungen vorzunehmen.

prüft; die Mengen sind aber so minimale, dass sie gegenüber der so starken und leicht anzustellenden Salicylreaktion ganz in den Hintergrund treten und weder zur Erklärung der therapeutischen Wirkung, noch zur Widerlegung unseres Satzes genügen; ich bin um so eher geneigt zuzugeben, dass Spuren dieses Stoffes auch einmal im Exsudat vorhanden sein können, als zwischen Exsudat und Transsudat keine absolut scharfe Grenze existirt und kaum ein Exsudat bestehen wird, wo nicht an irgend einer Stelle aus mechanischen Gründen auch Transsudation durch Stauung erfolgen kann; dies ändert aber nichts an der Behauptung, dass in reine Exsudate kein Jod übergeht.

Da also weder hier noch auf anderen Gebieten der Pathologie die scharfen schematischen Grenzen existiren, die der klassifikationsbedürftige Geist im Gegensatz zur Natur, die nur allmähliche Übergänge kennt (natura non facit saltum), geschaffen hat, so behält eben im Allgemeinen für alle reinen, d. h. nicht mit Stauungstranssudat komplicirten Fälle von Pleuritis, der von uns aufgestellte Satz seine volle Gültigkeit für diagnostische und therapeutische Schlüsse. Durch unsere Methode werden eben die Mischformen, die ja auch eine andere Prognose geben, besser geschieden und wir werden desshalb auch diesen Punkt noch in einer anderen Arbeit gebührend würdigen. Wenn man immer die subtilsten Untersuchungsmethoden unserer heutigen Diagnostik allen unseren Schlüssen zu Grunde legen wollte, dann wäre sowohl der Satz, dass Zucker oder Eiweiß im Urin ein pathologischer Befund ist, eben so wie alle anderen ähnlichen Sätze hinfällig; denn im abgedampften Urin wird man mit gewissen feinen Proben stets Spuren beider Stoffe finden. So wie man stets das Vorhandensein von Zucker und Eiweiß erst in gewissen durch Übereinkommen fixirten Grenzen als pathologisch[3] betrachtet, so kann man die durch die erwähnte Probe konstatirte Abwesenheit von Jod in durch Probepunktion entleerter Flüssigkeit als sicheres diagnostisches Kriterium für das Vorhandensein eines entzündlichen Processes ansehen.

Was endlich die in von Herrn Leuch in Anwendung gezogene mikroskopische Diagnostik der Jodspuren betrifft, so befinde ich mich hier in diametralem Gegensatz zu Herrn Leuch; ich kann durch die Stärkeprobe im Reagensglase unverhältnismäßig besser das Vorhandensein von Jod erkennen, als unter dem Mikroskop; denn die rosaviolette Verfärbung an den einzelnen Partikeln ist eine so minimale, dass man den größten Täuschungen ausgesetzt ist, was ganz erklärlich erscheint, wenn man bedenkt, dass die Intensität einer Färbung von der Dicke der Schicht des färbenden Körpers, also von der Summe der Moleküle der färbenden Kör-

[3] Vgl. dazu: O. Rosenbach, Über funktionelle Diagnostik etc. (Zeit- und Streitfragen 1890).

per abhängt. Eine Flüssigkeit, die in einigermaßen dicker Schicht (z. B. im Reagensglase) deutliche Färbung zeigt, erscheint in einzelnen Tropfen unter dem Mikroskop betrachtet, wasserklar; die rothen Blutkörperchen zeigen die Färbung unverhältnismäßig geringer als ein Blutstropfen; eben so finde ich, dass die im Reagensglase zu Boden fallende Stärke bei Anwesenheit von minimalen Mengen Jod einen deutlich rosa gefärbten Ring zeigt, während die einzelnen Stärkekörnchen dieses Ringes unter dem Mikroskop bei jeder Art von Vergrößerung noch keine wahrnehmbare Färbung besitzen.

Somit glaube ich meinen Standpunkt gegenüber den Ausführungen von Herrn Leuch genügend präcisirt zu haben; den größten Theil der Schuld an unseren Differenzen trägt die verschiedene Auffassung darüber, ob ein Fall zu den Exsudaten oder zu den Transsudaten gerechnet werden soll; ein nicht geringer Antheil aber liegt in der Methodik und in der Beurtheilung der Färbungen. Ich möchte nicht verfehlen hervorzuheben, dass von uns, um jede subjektive Anschauung auszuschließen, eine zweifelhafte Färbung, die nicht auf den ersten Blick entscheidend war, erst dann rubricirt wurde, wenn mehrere unbefangene Beobachter, die nicht wussten, ob sich in der ihnen präsentirten Flüssigkeit überhaupt färbende Stoffe befanden, ein Urtheil in derselben Richtung abgegeben hatten. Nur so lässt sich der psychische Faktor des Untersuchers mit Sicherheit ausschalten. Diesen hat Herr Leuch nicht ganz in den Hintergrund gedrängt, wie sowohl aus seinem Fall VII, den wir oben beleuchtet haben, als auch besonders daraus hervorgeht, dass er auf Grund eines bloßen Analogieschlusses unserem Satze bezüglich der Ausscheidung des Jods im Gelenke nicht beipflichten zu können glaubt.

Wenn Herr Leuch keine eigenen Untersuchungen über das Verhalten der Gelenke angestellt hat, so wäre es wohl das Richtigste gewesen, diesen Theil unserer Behauptungen mit Stillschweigen zu übergehen, aber zu schreiben: »Wir haben gefunden, dass Jod in Exsudate der serösen Räume abgeschieden wird; warum (!) sollte dies nun nicht auch in entzündliche Ausscheidungen der Gelenkhöhlen geschehen können«, das verräth doch zweifellos einen gewissen Mangel an Objektivität, der durch den Zusatz: »Sollte sich (wenn uns geeignetes Material zur Prüfung zur Verfügung steht) unsere Ansicht wider alles Erwarten (sic!) nicht bestätigen, so werden wir nicht anstehen uns sofort zu korrigiren« durchaus nicht aus der Welt geschafft wird. Unsere Meinung über einen solchen wissenschaftlichen Standpunkt wollen wir nicht zurückhalten; sie lautet: Wer sich über die voraussichtlichen Resultate der experimentellen Nachprüfung der Ergebnisse Anderer schon eine Ansicht gebildet hat, deren Nichtbestätigung ihm »wider alles Erwarten« geht, hat den Verdacht gegen sich, dass er manchmal nur das findet, was er gerade erwartet.

1. **Fräntzel** und **Runkwitz.** Systematische Anwendung des Koch'schen Specificums gegen Tuberkulose bei inneren Krankheiten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 47.)

2. **W. Levy.** Bericht über die ersten nach der Methode des Herrn Geheimrath Dr. Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tuberkulose.

(Ibid.)

3. **Köhler** und **Westphal.** Über die Versuche mit dem von Herrn Geheimrath Koch gegen Tuberkulose empfohlenen Mittel.

(Ibid.)

4. **v. Bergmann.** Mittheilungen über die mit dem Koch-schen Verfahren gewonnenen Ergebnisse.

(Ibid.)

5. **Feilchenfeld.** Über den Verlauf einiger mit dem Koch-schen Heilmittel behandelter Fälle von Tuberkulose verschiedener Organe.

(Therapeutische Monatshefte 1890. Sonderheft.)

Die angestellten Versuche von F. und R. betrafen in der großen Mehrzahl Phthisiker, doch wurde der Kontrolle halber das Mittel auch bei Menschen mit ganz gesunden Lungen in Anwendung gezogen. Die Injektionen ergaben bei diesen folgende Resultate:

Injektionen mit kleinen Dosen des Mittels erzeugten keine Reaktion, dagegen tritt nach stärkeren Dosen eine Reaktion auf, die sich durch ziemlich hohe Temperatursteigerungen (bis 39° C.), Schüttelfrost, Gliederschmerzen und Mattigkeit charakterisirt. Bei einem jungen Menschen, der hereditär belastet war und an Nachtschweißen litt, dessen Sputum aber nie Tuberkelbacillen enthalten hatte, zeigte sich schon bei geringen Dosen starke Reaktion, so dass man hier latente Tuberkulose annehmen konnte.

Die übrige Versuchsreihe erstreckte sich auf Phthisiker und zwar schwerer und leichter erkrankte. Die erste Gruppe umfasste 4 Fälle von weit vorgeschrittener Lungenschwindsucht. In allen diesen Fällen wurde das Fortschreiten des Processes durch Injektion des Koch'schen Mittels nicht aufgehalten, doch reagirten 3 Fälle durch Temperaturerhöhungen. Bei 2 Fällen ergab die Obduktion keine Heilungsvorgänge (Schrumpfung) in den Lungen, wie bei dem kurzen Verlauf auch nicht zu erwarten war, wohl aber fanden sich in den Kavernen ausgesprochen schmierige Massen.

Die zweite Gruppe umfasste 8 Fälle von weniger vorgeschrittener Lungenschwindsucht. Über die Reaktionserscheinungen, die bei diesen Kranken beobachtet wurden, theilt F. Folgendes mit: Etwa 6 Stunden nach der Einspritzung tritt bei leichten Dosen (0,001) Frö-

steln, bei starken Dosen starker Schüttelfrost auf. Die Temperatur steigt von 38—40° C. Das Allgemeinbefinden ist dabei gestört, Appetitlosigkeit, Mattigkeit und ziehende Schmerzen in der Brust, die sich oft für den Kranken in sehr störender Weise bemerkbar machen, stellen sich ein, doch gehen diese Erscheinungen nach kurzer Zeit langsam zurück. Wird eine gleiche Menge am nächsten Tage eingespritzt, so erfolgt entweder keine Reaktion oder eine solche in geringem Grade. Das Frösteln resp. die Schüttelfröste wiederholen sich in der Regel bei jeder neuen stärkeren Injektion, bis endlich die Reaktion vollständig ausbleibt. Das Fieber ist wahrscheinlich als Ausdruck einer lokalen Reaktion in den Lungen zu betrachten.

Die specifische Wirkung auf die Bacillen äußert sich in zwei Richtungen: 1) nimmt die Zahl der Bacillen im Verlaufe der Behandlung ab, die Bacillen verschwinden sogar zeitweise vollständig, wie F. in allen leichten Fällen beobachtet hat; 2) zeigen die Bacillen deutliche Gestaltsveränderungen: viele sind kleiner und schmaler, einige zeigen an den Enden Anschwellungen, ein Theil ist in der Mitte durchgebrochen, ein anderer besteht aus einzelnen Bröckeln. Diese Verhältnisse werden durch eine beigegebene lithographische Tafel erläutert.

Die Verdichtungserscheinungen in den Lungen werden rückgängig und das Sekret der Bronchien vermindert sich. Die Bacillen, welche verkümmert sind, werden mit dem sie umgebenden Gewebe nach außen abgestoßen. Das Fieber schwindet, die Nachtschweiße hören auf, der Husten wird auf ein Minimum reducirt, der Appetit wird lebhaft, die Gewichtszunahme des Körpers ist eine ganz auffallend günstige.

In Fällen mit größerer Höhlenbildung und bei starker Erschöpfung der Kranken ist ein Nutzen nie zu erwarten. Auch bei den weniger vorgeschrittenen Fällen sind so vollständige Heilungen, wie z. B. bei Lupus, nicht vorauszusehen. Abgestoßene Massen, die verkümmerte aber noch lebensfähige Bacillen enthalten, bleiben oft liegen und die Bacillen können sich, sobald die Einwirkung des Kochschen Mittels aufhört, von Neuem zu stärkerer Kraft entwickeln und den Organismus von Neuem inficiren. Daher wird bei solchen Tuberkulösen nach vorausgegangener längerer Kur immer wieder von Neuem in bestimmten größeren Intervallen geprüft werden müssen, ob sie gegen das Koch'sche Specificum immun geblieben sind. Es bleibt in Bezug auf diese Frage der Zukunft noch Vieles vorbehalten. —

L. berichtet zunächst über 3 Fälle von Lupus. Der erste dieser Fälle ist der erste, dem überhaupt Koch'sche Flüssigkeit injicirt wurde. Wir wollen diesen daher ausführlich referiren:

Die 23jährige Pat. leidet seit 9 Jahren an Lupus, der sich über den ganzen linken Arm, über Vorder- und Hinterseite des Halses und den größten Theil beider Wangen ausbreitete. Am 8. Oktober

Vormittags 10 Uhr wurde von dem Mittel 0,1 in die Rückenhaut injicirt. Nach wenigen Stunden stieg unter Schüttelfrost die Temperatur schnell an, sie betrug Nachmittags 3 Uhr 40,6°. Abends war Pat. bewusstlos und delirirte. Die Bewusstlosigkeit und die Höhe des Fiebers ließen erst am Mittag des 10. Oktober nach.

Gleichzeitig mit dem Beginn des Fiebers rötheten sich die erkrankten Hautpartien und schwollen sehr bedeutend an. Am 9. Oktober Vormittags war das Krankheitsbild am ausgeprägtesten. Die Schwellungen waren beträchtlich. Die Narben hatten sich an den Stellen, wo keine Lupusknötchen zu erkennen waren, wenig verändert. Aber überall, wo auch nur kleinste Lupusknötchen sichtbar waren, überragten diese stark das Niveau der Haut und waren von einer dunkelrothen, 2 Querfinger breiten Zone umgeben. Noch stärker verändert hatten sich auf Vorderarm und Handrücken befindliche Beulen. Sie waren stark geschwollen und von dunkelblauer Farbe.

Der Arm wurde nun in Volkmann'scher Schiene suspendirt. Die rothen Höfe um die erkrankten Stellen, die Schwellung des Armes ließen bald nach. Die serpiginösen Ränder erschienen wie eingetrocknet. Die Beulen vertrockneten schnell und glichen bald Brandschorfen, wie sie durch Glüheisen erzeugt werden. Als diese Schorfe sich nach ca. 8 Tagen abstießen, war unter einigen von ihnen die Haut bereits fest vernarbt, unter anderen fanden sich gut granulirende Stellen. Am 27. Oktober wurde eine zweite Injektion vorgenommen, die Erscheinungen waren nicht ganz so stark wie beim ersten Mal und wurden bei weiteren Injektionen noch geringer.

Der 2. Lupusfall betrifft eine 34jährige Pat., die seit 18 Jahren an Lupus der linken Oberextremität und der Schulter leidet. Sie zeigt nach 3 Injektionen allgemeine Tendenz zur Narbenbildung.

Die 3. Pat., 61 Jahre alt, leidet seit 8 Jahren an Lupus der Nase und beider Wangen; Zerstörung beider Nasenflügel. Sie zeigt nach 7 Injektionen eine ganz erhebliche Besserung.

L. schildert sodann eingehend die Reaktion und hebt hervor, dass dieselbe in gewissen Fällen zu funktionellen Störungen führt, z. B. wurde bei einer Kranken mit Tuberkulose der Blase schmerzhafter Harndrang und mehrstündige Harnverhaltung beobachtet.

Bei Kranken mit Gelenktuberkulose waren Schmerzen und Schwellung schon nach zwei Tagen geschwunden; mehrere gaben an, dass sie die Gelenke besser gebrauchen könnten. 2 Kinder mit Tuberkulose des Kniegelenks und ein Mann mit Tuberkulose des linken Handgelenkes sind als geheilt aus der Behandlung entlassen; auch ein 3jähriger Knabe, bei welchem eine Fistel auf einen tuberkulösen Herd eines Metatarsalknochens führte, scheint geheilt zu sein.

Am Schlusse seiner Arbeit weist L. auf den ungeheuren Fortschritt hin, den Diagnose und Therapie der chirurgischen tuberkulösen Erkrankungen durch die Einführung dieser neuen Heilmethode gemacht haben. —

Die Beobachtungen K.'s und W.'s wurden im Ganzen an 12 Kranken angestellt. In 4 Fällen wurde mit der Injektion von 0,1 ccm des 1%igen Mittels begonnen und die Menge successive bis 1 ccm gesteigert, 4mal wurde beim 1. Mal 1,0, 1mal 0,2, 2mal 0,3 und 1mal 0,5 eingespritzt. Über die Dosis von 1,0 der 1%igen Lösung wurde nicht hinausgegangen. Die Injektion war fast schmerzlos und nur von geringer lokaler Reaktion begleitet.

An 4 Kranken, bei welchen Tuberkulose mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, wurden Versuche angestellt, um über eine etwa sich zeigende Einwirkung des Mittels auf Wunden, Geschwüre und Narben, welche zur Tuberkulose in keiner Beziehung standen, ein Urtheil zu gewinnen. Es trat bei diesen am Abend nach der Injektion meist leichtes Fieber, Kopfschmerz und Appetitlosigkeit ein. Eine Veränderung der Narben und Wunden bezw. deren Umgebung wurde nicht beobachtet. Dieser Umstand ist in differentialdiagnostischer Beziehung von großer Wichtigkeit.

Die behandelten Fälle von Tuberkulose betrafen: 2mal Gesichtslupus, je 1mal rheumatische Fußgelenksentzündung mit tuberkulöser Narbe am Halse, tuberkulöse Narben am Halse, tuberkulöse Fußgelenksentzündung, tuberkulöse Kniegelenksentzündung, Spina ventosa des linken Mittelfingers. Die Allgemeinreaktion war nicht bei allen Pat. gleich, doch ließ sich eine gewisse Regelmäßigkeit im Verhalten nicht verkennen. Man kann annehmen:

1) dass Tuberkulöse in ihrem Allgemeinbefinden außerordentlich viel stärker auf das Mittel reagiren als nicht Tuberkulöse (gleiche Dosis vorausgesetzt);

2) dass meist nach 6 Stunden ein Frösteln oder ein Frostanfall eintritt, welchem hohe Temperatursteigerung bis 40° und darüber folgt;

3) dass meistens vor Ablauf von 24 Stunden die Temperatur bis zur normalen oder unter die normale sinkt;

4) dass bei Wiederholung derselben Dosis die Reaktion geringer wird;

5) dass steigende Dosis keineswegs eine immer stärkere Temperatursteigerung bedingt.

Die Pulsfrequenz stieg während des Fiebers beträchtlich und wurde wiederholt eine Frequenz von 130—140, einmal sogar von 160 in der Minute konstatirt. Der Puls war meistens hoch, ziemlich stark gespannt, die Radialis voll. Zeichen von Herzschwäche wurden nicht bemerkt. Als auffallende Erscheinung beobachteten Verff. in manchen Fällen ein scharlachähnliches oder auch großfleckiges mit Abschilferungen einhergehendes Exanthem; in einzelnen Fällen wurde auch Ikterus beobachtet.

Die lokale Einwirkung der Injektionen war beim Lupus am auffälligsten. Nach starker Schwellung und Röthung der lupösen Stellen und deren Umgebung trat Verschorfung ein, unter welcher

sich glatte Narben bildeten. Völlige Heilung ist in den beiden Fällen noch nicht erzielt.

Bei den nach Vereiterung oder Exstirpation tuberkulöser Drüsen zurückgebliebenen Narben trat Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit auf, welche nach einigen Tagen verschwunden waren. Jedoch war die Reaktion bei derselben Person an den einzelnen Narben eine verschieden starke.

Bei den Gelenkentzündungen wurde theilweise Anschwellung beobachtet, die nach einigen Tagen verschwunden war. Die Beweglichkeit war gebessert.

Bei dem Fall von Spina ventosa des linken Mittelfingers mit völliger Unbeweglichkeit im mittleren Gelenk war nach Einspritzung von 0,8 ccm der 1%igen Lösung der Finger um 1 cm abgeschwollen und konnte in dem bisher steifen Gelenke fast bis zum rechten Winkel gebeugt werden.

Verff. betonen am Schlusse, dass ihre Mittheilungen nur eine orientirende Übersicht über den augenblicklichen Stand der Sache geben sollen und ein abschließendes Urtheil nicht beanspruchen. —

v. B. theilt die Fälle, welche er einer illustren Versammlung am 16. November vorführte, in 4 Gruppen: 13 Fälle von Hauttuberkulose mit Einschluss der Mundhöhle, 4 Fälle von Tuberkulose der Lymphdrüsen am Halse, 16 Fälle von Tuberkulose der Knochen und Gelenke und 4 Fälle von Larynxtuberkulose.

5 Pat. mit Lupus hatten am Morgen vor der Vorstellung die Injektion erhalten und zeigten am Abend die charakteristische Reaktion: Röthung und Schwellung. 5 weiteren Pat. wurde die Injektion vor den Augen der Zuschauer beigebracht. Schließlich wurden 3 Pat. vorgeführt, die schon seit längerer Zeit in Behandlung waren. Bei diesen Pat. war nach anfänglicher Röthung und teilweise enormer Schwellung Borkenbildung eingetreten; die Borken sind zum Theil schon abgefallen und es zeigen sich glatte, rothe Narben. Die Pat. sind ca. 10 Tage in Behandlung. Zwei haben mehrfache, einer nur eine einmalige Injektion erhalten.

Bei 3 Pat. mit Lymphdrüsentuberkulose wurden die Drüsen nach den ersten Injektionen empfindlich, später trat eine Verkleinerung ein. Bei 1 Pat. wurde nach jeder Injektion ein blassrothes, papulöses Exanthem des Nackens, der Schulter, der oberen Brust- und Rückengegend beobachtet, das bald wieder verschwand. Die Dosis betrug in diesen Fällen immer 1,0 einer 1%igen Lösung.

Sodann stellte v. B. 4 kleine Pat. mit Gelenktuberkulose vor, die am Morgen injicirt worden waren. Alle hatten starkes Fieber. Die Empfindlichkeit in der Gelenkgegend hatte erheblich zugenommen, deutliche Anschwellung war bemerkbar. Nachdem sodann 7 Pat. mit Gelenktuberkulose Injektionen erhalten hatten, zeigte v. B. noch 5 Fälle, welche bereits seit einiger Zeit in Behandlung waren. Bei diesen war nach 4—5 Injektionen, die nach dem Alter der Pat.

verschieden stark waren, meist Schwellung und Schmerzhaftigkeit geringer geworden, in einigen die Bewegungsfähigkeit gebessert.

Schließlich wurden 4 Fälle von Larynxtuberkulose gezeigt, bei denen ebenfalls nach der Injektion im Larynxinneren Röthung und Schwellung auftrat, und dann zeigte v. B. einen Fall, bei dem die schwankende Diagnose Carcinom des Larynx oder Tuberkulose durch Ausbleiben jeglicher Reaktion zu Gunsten der ersteren entschieden wurde.

v. B. schloss seine Demonstration mit einem Hinweis auf die Bedeutung des neuen Mittels für Diagnose und Therapie chirurgischer Erkrankungen und mit huldigenden Worten für den großen Forscher, der die Welt mit diesem Mittel beschenkt hat. —

Die aus der Levy'schen Privatklinik stammende Arbeit F.'s enthält zunächst eine nochmalige Schilderung der 3 Lupusfälle, die Levy bereits in seiner von uns referirten Arbeit beschreibt. Wir können diese Doppelpublikation nicht billigen. Da jetzt nach der Veröffentlichung Koch's jeder einzelne beobachtete Fall mit dem größten Interesse verfolgt und zur Weiterarbeit verwerthet wird, kann ein solches Verfahren nur zu leicht zu Irrthümern Veranlassung geben.

Dann beschreibt F. 2 Fälle von Tuberkulose des Kniegelenks, einen solchen des Fußgelenks und einen tuberkulösen Process der Fußwurzelknochen mit Fistelbildung. In den Fällen von Gelenkentzündung wurde Besserung der Beweglichkeit, Abnahme der Schmerzen und der Schwellung erzielt, die erwähnte Fistel kam zu vollständiger Heilung. Auch in einem Falle von Drüsentuberkulose konnte F. schon nach einmaliger Injektion nach anfänglicher starker Anschwellung der Drüsen eine außerordentliche Verkleinerung konstatiren.

Schließlich bespricht F. die Lungentuberkulose. 3 Pat. mit beginnender Phthisis sind als geheilt entlassen worden, da sich ihr Sputum als bacillenfrei erwies und die auskultatorischen Erscheinungen erheblich zurückgegangen waren. Ob keine Reaktion auf die Injektionen mehr eintrat, wird nicht angegeben.

Bei den schwereren Formen der Phthise mit beginnender Kavernenbildung ist eine endgültige Heilung noch nicht beobachtet worden, doch wurden die Pat. fieberfrei, die Nachtschweiße verschwanden, das Sputum wurde geringer und mehr schleimig. Dagegen wurden Gewichtszunahme und Abnahme des Hustens nicht konstatirt.

M. Cohn (Berlin).

---

6. **Lukjanow.** Über den Einfluss partieller Leberexcision auf die Gallenabsonderung.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. p. 485.)

Verf., welcher die Einwirkung partieller Entfernung der Leber auf die Gallenabsonderung am Meerschweinchen studirte, fand, dass nach partieller Leberexcision, welche sich auf 19—43% der Gesammtmasse des Organs beläuft, die Gallensekretion innerhalb der 2—3

ersten Stunden nach der Operation bald stärker, bald schwächer abzunehmen pflegt, wobei weder seitens der Wasserausscheidung, noch seitens der Produktion der festen Gallenbestandtheile ein vollständiger Ersatz des künstlich erzeugten Mangels an secernirenden Drüsenelementen zu bemerken ist. Die Reserveenergie der Leber manifestirt sich nur darin, dass die Galle weniger zur Verdünnung geneigt erscheint, als es unter gewöhnlichen Verhältnissen beim Aufsammeln derselben der Fall zu sein pflegt. **Peiper** (Greifswald).

---

7. **O. Mugdan.** Über die Giftigkeit des Creolins und seinen Einfluss auf den Stoffwechsel.

(Virchow's Archiv Bd. CXX.)

Verf. stellte unter Salkowski's Leitung einen Stoffwechselversuch an einer in Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hündin an, die täglich 2—3 g Creolin erhielt. Der Eiweißzerfall wurde durch diese Dosis in keiner Weise beeinflusst, Karbolsäure war danach nur in minimalster Menge im Harn aufzufinden, der Indicangehalt sinkt bis fast zum Verschwinden: ein Zeichen der Herabsetzung der Darmfäulnis; die Ätherschwefelsäuren im Harn nehmen bedeutend zu, die Gesammtschwefelsäure dagegen ab (vermuthlich in Folge Vermehrung des neutralen Schwefels). Versuche, die Abnahme der Darmfäulnis durch Zählung der Bakterien in den Fäces nachzuweisen, misslangen, weil die Versuchshunde auf größere Mengen Creolin, die ihnen einverleibt wurden (4—7 g) mit Erkrankung: Apathie, Erbrechen, Diarrhöen, blut- und eiweißhaltigem Urin, reagirten. Creolin erscheint also keineswegs als ein für Hunde ungiftiger Körper; nur wirkt es wahrscheinlich nicht tödlich, da sie sich desselben auf die erwähnte Weise wieder entledigen. Bei Kaninchen dagegen wirken 10 g oder 5 g in wiederholter Gabe sicher tödlich; die genauere Untersuchung der einzelnen Bestandtheile ergab, dass das Zusammenwirken der Kohlenwasserstoffe, der höheren Kresole und der Karbolsäure die giftige Eigenschaft des Creolins bedingt. Verf. will damit keineswegs vor dem Gebrauch des Creolins warnen; die toxischen Eigenschaften des Sublimats und der Karbolsäure sind ja viel stärker.

Strassmann (Berlin).

---

8. **A. Johannessen.** Über Fermente des Magens. (Aus der medicinischen Klinik zu Berlin.)

(Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. Hft. 3/4.)

Zur Feststellung der Wirksamkeit des Pepsins und Labferments in ihren Beziehungen zur Säuresekretion hat J. die Magensäfte magenkranker Pat. in verschiedene Verdünnungen gebracht und durch Zusatz von verdünnter Salzsäure allen die Aciditätshöhe von 0,2 % HCl gegeben. Durch den Verdünnungsgrad, der die äußerste Grenze der Auflösbarkeit des eingebrachten Eiweißstoffes (gekochtes, dann getrocknetes und abgewogenes Hühnereiweiß) bildete, wurde die In-

tensität des im Magensaft enthaltenen Pepsins bestimmt, indem von der Voraussetzung ausgegangen wurde, dass durch die zugesetzte Säure das etwa vorhandene Propepsin zur Wirksamkeit gebracht werden müsste. Die Untersuchung des Labferments wurde an Proben aus denselben Verdünnungen in der üblichen Weise vorgenommen. — Es zeigte sich nun das Eiweiß bei einigen Pat. sehr gut verdaut, noch bei Verdünnungen von 1 : 10 000, bei anderen blieb es selbst bei Zusatz von HCl zum unverdünnten Saft unverändert. Zu der ersteren Gruppe zählten vor Allem Hyperaciditäten, während zu der letzteren von vorn herein neutrale oder alkalische Säfte gehörten. Andererseits kam es bei Verdünnungen mit HCl-Zusatz auch zu schnellerer Verdauung, als im Originalmagensaft, besonders wenn dieser nur geringe Spuren von HCl enthielt (Carcinome). Demgemäß hält die Pepsinbildung nicht mit der Säuresekretion gleichen Schritt, wie es die Hyperaciditäten glaublich machen, sondern bei geringer Säuresekretion kann doch noch Pepsin herausgelockt werden; nur bei der wirklichen Atrophie versiegt beides. Bei dieser fehlt auch das Labferment, das sonst gewöhnlich da vorhanden war, wo sich Pepsin finden ließ, auch bei jenen Carcinomen; hier dürfte die Milchsäure wohl zur Verwandlung des Zymogens in das Ferment gewirkt haben. Direkte Beziehungen zur freien Säure, wie zur Pepsinbildung ließen sich jedoch auch beim Labferment nicht auffinden, so dass auch nach diesen Untersuchungen ein gesetzlicher Zusammenhang der drei Bildungsprodukte der Magendrüsen nicht nachweisbar war.

Honigmann (Gießen).

---

9. **Georges.** Quelques expériences propres à éclairer la thérapeutique de la dyspepsie gastrique.

(Arch. de méd. expérimentale et d'anat. path. 1890. No. 1.)

Die Versuche, die Verf. angestellt hat, zerfallen in drei Abtheilungen: die erste umfasst das Studium des künstlichen Magensaftes, die zweite des natürlichen Magensaftes, die dritte handelt von dem Einfluss der sogenannten »Magenmittel« auf die Verdauung.

Die Resultate der künstlichen Verdauung waren die folgenden:

1) Um gute Verdauung des Eiweißes von einem hartgekochten Ei oder von gekochtem und rohem Fleisch zu erzielen, braucht man einen Verdauungssaft, der einen starken Theil Salzsäure und einen minimalen Pepsin enthält.

2) Die Salzsäure muss in ziemlich verdünnter Lösung angewandt werden: 4 : 1000 scheint das zweckmäßigste Verhältnis zu sein.

3) Das Verhältnis einer Salzsäurelösung von 4 : 1000 und des zur Herstellung eines guten Verdauungssaftes nothwendigen Pepsins beträgt ungefähr 5 ccm Salzsäure auf 2 cg Pepsin.

4) Die Kombination von 40 ccm Salzsäure (4 : 1000) und von 8—10 cg Pepsin giebt einen Saft, der die größte Verdauungskraft besitzt.

Die Versuche mit natürlichem Magensaft bezogen sich auf dys-

peptische Individuen und den Einfluss der Zuführung von Salzsäure oder Pepsin auf die Verdauung. Die Versuche, die an zahlreichen Personen ausgeführt wurden, ergaben, dass das Pepsin fast niemals, die Salzsäure dagegen häufiger im Stande ist, Dyspepsie günstig zu beeinflussen.

Schließlich wurde der Einfluss einiger Präparate (Verdauungselixire, Verdauungsweine etc.) auf den künstlichen und den natürlichen Magensaft studirt. Es ergab sich in allen Fällen, dass die verdauende Kraft dieser Medikamente gleich Null ist.

M. Cohn (Berlin).

---

10. **P. Cuffer.** Étude sur la pathogénie des troubles nerveux d'origine gastrique en général et en particulier sur la paralysie bulbaire consécutive à la névrite ascendante du pneumogastrique.

(Rev. de méd. 1890. No. 4.)

Bei den Magenaffektionen kann man 2 Arten von nervösen Erscheinungen unterscheiden: 1) intermittirende, vorübergehende Formen, die als Reflexstörungen aufzufassen sind, wie Störungen von Seiten der Respirationsorgane, des Herzens oder der Gefäße; 2) Dauerformen, die von einer bulbären Läsion abhängen, wie bulbäre Myelitis im Verlauf einer aufsteigenden Neuritis des Vagus. Hierbei nimmt die Neuritis ihren Ausgang von dem in dem Niveau der Magenaffektion liegenden Abschnitt der Nerven. Die bulbäre Myelitis äußert sich durch das mehr oder minder vollständige Symptom einer labio-glosso-laryngealen Paralyse.

Die beiden genannten Gruppen sind für die Prognose von hoher Wichtigkeit. In den ad 1 in Betracht kommenden Fällen ist die Prognose, abgesehen von der Bedeutung der primären Magenaffektion, eine gute, so fern nicht ein organisches Herzleiden besteht; die zweite Gruppe bietet in Folge der Bulbäraffektion eine durchweg ungünstige Prognose. Letztere ist auch schlecht, wenn die Anfangs passageren nervösen Symptome persistiren.

Verf. hat zur Erläuterung der zweiten Gruppe einige Beispiele seiner Beobachtung und den Sektionsbefund einer aufsteigenden Vagus-Neuritis beigebracht. Die Berechtigung des Verf.s jedoch, aus diesen Fällen von Magencarcinom obige allgemeine Schlüsse zu ziehen, erscheint dem Ref. doch sehr fraglich. **A. Neisser** (Berlin).

---

11. **Huber.** Die Methoden zur Bestimmung der motorischen Thätigkeit des Magens.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1890. Februar 1.)

Nach einer kritischen Darstellung der Methoden, die bisher aufgestellt worden sind zur Bestimmung der motorischen Thätigkeit des Magens, bemüht H. sich, die im vergangenen Jahre von ihm empfohlene »modificirte Sievers-Ewald'sche Salolprobe« als die bewähr-

teste hinzustellen. Während die Methoden Leube's und Riegel's, welche den Mageninhalt nach Ablauf einer bestimmten Zahl von Stunden untersuchten und auf das Fehlen resp. den Verdauungszustand der Speisereste prüften, ihm zu große Schwankungen selbst bei Gesunden ergaben, während die einfache Salolmethode von Ewald und Sievers, welche das erste Auftreten der Salicylreaktion im Harn zeitlich bestimmten, durch die Untersuchungen Brunner's und die des Verf. als unzuverlässig und für diagnostische Zwecke nicht verwerthbar erschien, während endlich Klemperer's Ölprobe für die Praxis unbrauchbar ist und nach den Untersuchungen Anderer ebenfalls nicht sichere Resultate bietet, ist H. von der praktischen Verwerthbarkeit seiner Methode überzeugt. Sie besteht darin, dass dem Pat. 1 g Salol verabfolgt und nun die Zeit bestimmt wird, wie lang dasselbe als Salicylursäure im Urin zur Ausscheidung kommt. Je länger das Salol im Magen sich aufhält und je weniger Substanz in den Darm gelangt, um so länger dauert diese Ausscheidung im Urin an, da nur der alkalische Darmsaft im Stande ist, Salol zu spalten. H. hat erfahrungsgemäß die Zeit von 26—27 Stunden als die äußerste Grenze für das Vorhandensein der Salicylurreaktion im Harn bei gesunder motorischer Thätigkeit des Magens festgestellt. Findet man also 27 Stunden nach Einnahme von 1 g Salol (nach dem Mittagessen) noch die Reaktion im Harn, so lässt dies auf motorische Mageninsufficienz schließen. H. hält seine Ansichten aufrecht, obwohl einige Andere (Pal, Decker) auf Unsicherheiten in seiner Methode und auf die Abhängigkeit von der Darmperistaltik hingewiesen haben.

Rosin (Breslau).

---

12. **Cséri.** Die mechanische Behandlung des Magens.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 31.)

Verf. hat die Magenmassage in ausgedehntester Weise in Anwendung gezogen bei nervöser Dyspepsie, bei atonischen Zuständen und schließlich auch bei einer Reihe von Magenkrankheiten auf pathologischer Grundlage, wie Ektasien. Er massirt nur bei vollem Magen und nimmt die Manipulation 2—3 Stunden nach der Hauptmahlzeit vor. Die Procedur besteht darin, dass Verf. den Magen vom Fundus gegen den Pylorus zu, Anfangs leise und oberflächlich, später jedoch kräftiger, ca. 10—15 Minuten hindurch abwechselnd streicht und knetet, während der Pat. bei offenem Munde athmet und mit eingezogenen Knieen sich in der Rückenlage befindet; zum Schluss wird die Manipulation auch auf den Darm ausgedehnt. Die Erfolge der Behandlung bestehen darin, dass die Gasansammlungen entfernt, die Sekretionsthätigkeit während der Verdauung erhöht, die Magenperistaltik angeregt, der Magen von einem Theil seines Inhaltes entlastet und endlich die kardialgischen Schmerzen beseitigt werden. Kommt noch hinzu, dass durch dieses methodisch fortgesetzte Verfahren erhöhte Cirkulationsverhältnisse, verbesserte Ernährungsbedingungen und gesteigerte Funktionsfähigkeit des Magens nach und nach

Platz greifen müssen, dass durch die auf den Darm ausgedehnte Massage auch die Defäkation in befriedigender Weise geregelt wird, so wird man sich die günstigen Resultate dieser Behandlung erklären können.

M. Cohn (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

13. **Garrè.** Myxödem beim Kinde.

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XIII.)

Der vom Verf. beobachtete Fall von Myxödem betrifft ein 12jähriges Mädchen aus Kempten (Baiern), welches 4 Wochen vor normalem Ende der Schwangerschaft geboren, von gesunden Eltern stammte. Die ersten Erscheinungen der Krankheit traten mit dem 4. Lebensjahre ein (vorher Krampfanfälle); Symptome von Rachitis waren ebenfalls vorhanden. Das Kind blieb in den nächsten Jahren in körperlicher und geistiger Entwicklung zurück, schlief viel, war gegen Kälte sehr empfindlich, litt häufig an Nasenbluten. Die Erscheinungen waren sonst die beim Myxödem gewöhnlich vorhandenen. »Von der Schilddrüse findet sich nur rechts an der Trachea, ungefähr über dem 3. Trachealring, ein derbes haselnussgroßes Knötchen und von diesem aus quer über die Luftröhre eine eben fühlbare Auflagerung, die auf der linken Seite in einem ca. kirschkerngroßen Knöpfchen endet.« Tiefere Störungen von Seiten des Nervensystems waren nicht vorhanden, aber die Psyche und der Intellekt schwerer betroffen. Um die Plumpheit und Unbeholfenheit des Ganges und der Bewegungen etwas zu bessern wurden Turnübungen vorgenommen, welche einigen Erfolg in dieser Hinsicht auszuüben schienen.

G. Meyer (Berlin).

14. **Crooke and Nason.** On the occurrence of acute haemorrhagic nephritis in suppurative meningitis.

(Lancet 1889. No. 3459.)

C. und N. haben in 3 Fällen von Meningitis Nephritis auftreten sehen und halten dieselbe wie die Nephritis bei Scharlach und Diphtherie für eine Manifestation des pathogenen Mikroorganismus der Grundkrankheit. Die Meningitis war in einem Falle durch Otitis media, in dem zweiten durch eine Verletzung entstanden; im dritten Falle konnte keine Ursache für sie aufgefunden werden. Die Nephritis zeigte übereinstimmend in allen 3 Fällen einen hämorrhagischen Charakter, Schwellung der Epithelien mit Zellvermehrung, fibrinöse Exsudation und Blutungen in die Harnkanälchen, so wie degenerative Veränderungen in den entzündlichen Produkten. Kapillarembolien und nekrotische Herde waren nicht vorhanden.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

15. **Lucas.** Two cases of necrosis of the alveolar processes following measles.

(Lancet 1889. No. 3449.)

Während Nekrose von Knochen nach Typhus nicht selten beobachtet wird, ist sie als Nachkrankheit der Masern seltener beschrieben worden. L. beschreibt nun zwei solche Fälle, welche eine überraschende Ähnlichkeit mit einander haben. In beiden Fällen handelte es sich um 3jährige Kinder, bei welchen sich in unmittelbarem Anschluss an Masern Nekrose der Alveolarfortsätze einstellte. Dieselbe betraf in beiden Fällen die Zahnfächer der oberen Schneidezähne, so wie die der unteren Schneide- und Eckzähne. In dem einen Falle begann der nekrotische Knochen bereits 5 Wochen nach den Masern sich abzustoßen, in dem anderen erst nach einem halben Jahre und zwar in beiden Fällen zuerst am Oberkiefer.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

16. **Denecke** (Hamburg). Ein Fall von Inoculationstuberkulose.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 13.)

Interessanter Fall von Inoculationstuberkulose, welche in der Weise zu Stande kam, dass ein 4 Monate altes Kind durch einen Zufall sich Verletzungen am Kopfe

zuzog und diese frischen Verletzungen mit tuberkulösem Sputum der Mutter in Kontakt brachte (drastisch ausgedrückt, wälzte sich das Kind mit seinen Verletzungen im tuberkulösen Sputum). Die Wunden heilten ganz gut, aber nach 6 Wochen waren die Narben geschwollen, hatten cyanotische Färbung und verwandelten sich allmählich in oberflächliche Geschwüre, deren Grund mit schlaffen, schwammigen Granulationen bedeckt war. Der Eiter eines kleinen Drüsenabscesses unter dem linken Ohr enthielt Tuberkelbacillen.

Die chirurgische Behandlung konnte den Process nicht aufhalten, das Kind ging bald zu Grunde, durch den Sektionsbefund wurde jeder andere Infektionsmodus mit großer Bestimmtheit ausgeschlossen. **Seifert** (Würzburg).

17. **Mayer** (Amberg). Krupöse Pneumonie mit fieberlosem Verlauf.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Ein bis dahin gesundes Mädchen von 15 Jahren erkrankte ohne nachweisbare Ursache am 9. Mai 1889 mit Schmerzen in der rechten Brustseite und Husten; daneben bestanden Mattigkeit, Appetitlosigkeit, wenig Durst. Bei der Untersuchung fand sich im rechten unteren Lappen feinblasiges Rasseln, das 2 Tage nachher einer prallen Dämpfung mit bronchialem Athmen gewichen war; das Sputum war für mehrere Tage echt pneumonisch. Nach 7 Tagen begann die Dämpfung und das bronchiale Athmen allmählich zu verschwinden, nach 14tägiger Dauer der Erkrankung war die Pat. vollkommen genesen. Von Anfang an und während der ganzen Erkrankungszeit hat kein Fieber bestanden. **Prior** (Köln).

18. **A. Müller** (München). Beobachtungen und Erfahrungen über Pneumonia crouposa.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 22 u. 23.)

Die Beobachtungszeit erstreckt sich auf 15 Jahre und umfasst 444 einzelne Fälle, welche für die Beobachtung von großem Werthe sind, weil das Material am gleichen Orte unter gleichen klimatischen und socialen Verhältnissen und unter annähernd gleichen Praxisverhältnissen gesammelt wurde. Unter diesen 444 Fällen lassen sich 36 einzelne Gruppen abgrenzen, in denen zu gleicher Zeit ein gehäuftes Vorkommen in Familien notirt wurde, in der Weise, dass 11mal zu gleicher Zeit Geschwister, Ehegatten oder Eltern und Kinder erkrankten, 8mal Erkrankungen in kürzerer Zeit die Familien heimsuchten und 17mal Ortsepidemien vorkamen. Die Zahl der Pneumoniefälle schwankt in den verschiedenen Jahren erheblich, in den Jahren der kleinsten Zahlen sind zumeist größere Epidemien anderer Krankheiten aufgezeichnet; die Durchschnittszahl in diesen 15 Jahren beträgt 28‰, die Grenzwerthe bewegen sich zwischen 12 und 43. Die größte Zahl der Erkrankungen trifft auf den Mai mit 60, die geringste auf den Oktober mit 20 von 444 Fällen. Das männliche Geschlecht wiegt bedeutend über (56,75% zu 43,25%); bis zum 5. Jahre ist annähernd Gleichheit vorhanden, von da an wird der Unterschied größer, der größte Unterschied ist im 3. und 4. Decennium, wo auf 26 resp. 32 Männer 8 und 14 Frauen kamen; im 5. Decennium findet das Umgekehrte statt, die Zahl der Frauen (29) übertrifft die Zahl der Männer (15); im höheren Lebensalter bleibt die Zahl annähernd gleich. Im Säuglingsalter ist die Erkrankung äußerst selten,; das jüngste Kind war 4 Tage alt, der älteste Pat. ist eine Frau von 87 Jahren. Das Verhältnis der Mortalität zeigt die Zahl der Gestorbenen als 61 oder 13,7% und zwar 36 Männer = 14,3% und 25 Frauen = 13%. Die Sterblichkeit ist sehr verschieden, je nach dem Lebensalter der Pat.; vom 5. Decennium an beträgt sie 15,9%; zwischen 60—70 Jahren 39,6%; von 70—80 Jahren 57,6%, über 80 Jahre beträgt sie 80%; zwischen dem 6. und 10. Jahre starb kein Pat. Von 383 Pat. ist der Sitz der Erkrankung angegeben; es findet sich, dass die rechte Lunge überwiegend ergriffen ist (58,2%), während die linke Lunge 35,7% aufweist; auf doppelseitige Pneumonia kommen 4,1% und auf Pneumonia migrans 1,8%; am häufigsten von den Lappen ist der untere Lappen erkrankt, in 24,8% der rechte, in 14,8% der linke. Eine Pneumonia migrans zog sich auf 25 Tage hin mit 3 deutlichen Attacken. Mit einmaligem Überstehen der

Pneumonie nimmt die Disposition für dieselbe zu; verschiedene Häuser (9) sind dadurch besonders gezeichnet, dass in ihnen wiederholt Pneumonie auftrat. Besonders wird die Prognose getrübt durch Lungenemphysem; Ausgang in Lungengangrän mit Exitus letalis kam nur 1mal vor; von sonstigen Komplikationen sind erwähnt Peritonitis, Parotitis, Periorchitis suppurativa, Meningitis. Die Therapie bestand wesentlich in der Verabreichung von Analeptica. **Prior** (Köln).

19. **Fleischer.** Über Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9.)

In der Erlanger Poliklinik kamen etwa 500 Fälle von Influenza zur Beobachtung. Das weibliche Geschlecht zeigte fast die gleiche Disposition wie das männliche, Kinder im 1. Lebensjahr geringere Disposition, im 1.—5. Lebensjahre nimmt die Disposition zu, erscheint aber noch gering im Vergleich zu den späteren Lebensaltern. Nach dem 70. Lebensjahre zeigte sich geringere Disposition. Von Recidiven wurden nur 6 beobachtet. Von besonderen Erscheinungen mag hervorgehoben werden 1mal Parotitis, 8mal hartnäckige Laryngitis mit Aphonie, häufig lange dauernde Bronchitis,, 2mal Otitis suppurativa, 3mal akute Pneumonie (1mal schloss sich Pleuritis an), 3mal vorübergehende Albuminurie (ohne Ödeme). Die Milz wurde nie vergrößert gefunden. Nervöse Erscheinungen waren meist sehr ausgesprägt. Kranke mit Klappenfehlern haben die Influenza ganz gut überstanden, ungünstiger war der Einfluss der Influenza auf das Herz bei Emphysematikern, die öfters schon an Herzinsufficienz gelitten hatten, ferner bei Phthisikern.

Antipyrin bewährte sich gleich Anfangs so gut, dass von der Prüfung anderer Mittel abgesehen wurde. **Seifert** (Würzburg).

20. **Heissler.** Eine interessante Beobachtung über Influenza.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9.)

H. machte die interessante Beobachtung, dass von den Glasarbeitern, welche in nächster Nähe der Öfen beschäftigt waren, nur einer erkrankte, während alle anderen der Reihe nach von der Influenza befallen wurden. Das Verschontbleiben der ersteren führt H. wohl mit Recht auf die Zerstörung der Infektionserreger durch die heiße Luft zurück, in welcher die Arbeiter beschäftigt sind.

Seifert (Würzburg).

21. **F. U. Sandwith** (Cairo). A comparison between Dengue fever and Influenza.

(Lancet 1890. Juli 5.)

Das Denguefieber unterscheidet sich außer durch die Beschränkung seines Verbreitungsgebietes auf die Länder südlich von 41° n. Br. und seine Vorliebe für die Monate August bis November nach den Erfahrungen von S. in Kairo, besonders in der Herbstepidemie 1887, von der im Übrigen ihm sehr ähnlichen Influenza, durch die Gesichtsröthe, das fast immer vorhandene Exanthem, welches in manchen Fällen nur leicht und vorübergehend, in anderen so ausgesprochen und anhaltend ist, dass es für Scharlachexanthem gehalten werden konnte, durch die häufigere Lokalisation im Rachen und auf den Tonsillen (statt im Larynx und den Bronchien wie bei der Influenza), durch die längere Rekonvalescenz und die geringere Mortalität. **O. Koerner** (Frankfurt a/M.).

22. **P. le Noir.** Ulcérations des chordes vocales dans le cours de la grippe.

(Annales des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1890. März.)

N. beobachtete bei 4 Fällen eine mäßig schwere Influenza mit ziemlich heftigen Tracheo-bronchitis-Ulcerationen an den Stimmbändern. Es waren oberflächliche Geschwüre mit unregelmäßigen Rändern und grauweißlichem Belag. In allen Fällen saßen die Geschwüre auf der vorderen Hälfte beider Stimmbänder, immer bestand mehr oder minder große Heiserkeit und mäßige Schmerzen in der Larynxgegend. In wenigen Tagen reinigten sich die Geschwüre und es kam zu vollständiger Restitution. Eine bakteriologische Untersuchung des Geschwürssekretes ließ sich nicht ausführen. **Kayser** (Breslau).

23. **B. Fränkel.** Über Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 28.)

Die Zahl der Influenzafälle, die F. zur Grundlage seiner Bemerkungen macht, beträgt 90, von denen die Hälfte der Poliklinik, die Hälfte der Privatpraxis entstammt. Es wurden nur solche Fälle berücksichtigt, bei denen die Diagnose »Influenza« mit Sicherheit zu stellen war. Auffallend gering an Zahl sind die Fälle von Rhinitis, die im Gefolge der Influenza in Behandlung kamen. Häufiger war der Pharynx ergriffen: Sowohl Angina lacunaris als auch Entzündungen der Luschka'schen Tonsille wurden beobachtet; fleckige Röthung im Pharynx fand F. verhältnismäßig selten.

Ziemlich häufig — unter den poliklinischen Fällen 33mal — wurde Laryngitis beobachtet. Dieselbe ist oft ziemlich schwer, kann sich mit Schwellung, zuweilen auch der subglottischen Gegend kombiniren, ab und zu zu Hämorrhagien führen und häufig mit Lähmungen der Transversi und der Interni verknüpft sein. Was bei der Influenzalaryngitis besonders auffiel waren eigenthümliche Veränderungen in dem Aussehen der Stimmbänder. In einer ziemlich erheblichen Anzahl von Fällen machten sich in den gerötheten Partien weißliche Stellen bemerkbar. Die schmutzigweißen Stellen, umgeben von erheblich gerötheten und geschwollenen Partien, saßen einmal in der Mitte, einmal mehr nach vorn, selten nach hinten, bestanden eine recht lange Zeit, 14 Tage, 3 Wochen, dann bildete sich um sie herum ein mehr oder minder deutlich markirter Hof und in einzelnen Fällen wurden über denselben epitheliale Substanzverluste gesehen. Die Schleimhaut hörte dann auf deutlich zu spiegeln, kleine Niveaudifferenzen wurden wahrnehmbar, es lagen also Ulcuscula vor. F. nimmt an, dass es sich bei diesen Formen um fibrinöse Infiltration in die Stimmbänder handelte. Als weitere Erscheinung der Influenza im Kehlkopfe erwähnt F. die in einigen Fällen beobachtete Borkenbildung besonders in der subglottischen Region und an der hinteren Larynxwand. Die Heilung aller Kehlkopfaffektionen vollzog sich in äußerst langsamer Weise.

Am Schlusse seiner Arbeit bekennt sich F. als Anhänger der Kontagiosität der Influenza und schildert in höchst charakteristischer Weise, wie die Influenza durch eine in Berlin erkrankte Person nach Thorn verschleppt wurde.

M. Cohn (Berlin).

24. **Amann.** Studien über Influenza bei Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 9 u. 10.)

Die Beobachtungen in der Klinik von Winckel werden in 3 Reihen gestellt:

a) Erkrankungen Schwangerer,

b) Erkrankungen kurz vor und während der Geburt,

c) Erkrankungen der Puerperae.

Es ergiebt sich aus den Beobachtungen, dass Schwangere nicht immun sind, aber leichtere Erkrankung zeigen als andere, tritt schwere Erkrankung ein, so wird Unterbrechung der Schwangerschaft hervorgerufen und zwar starben in 6 Fällen die Früchte ab mit erst später folgender Ausstoßung und in 8 Fällen wurden die Wehen angeregt und lebende Kinder geboren. Der Einfluss der Influenza auf den Verlauf der Geburt zeigte sich in erhöhter Schmerzhaftigkeit und geringerer Ausgiebigkeit der Wehen, so dass der Geburtsverlauf verzögert wurde. Im Puerperium wurde die Rückbildung des Uterus sistirt während der Zeit des Fiebers, gleichzeitig zeigte sich die Lochialsekretion etwas übelriechend. Blutungen aus dem Uterus am 7.—9. Tage traten in 2 Fällen auf. Im Allgemeinen aber war der Verlauf des Wochenbettes ein fast vollkommen ungestörter. Nur in 2 Fällen (gleichzeitig mit der Mutter) wurden Kinder von Influenza ergriffen. Sämmtliche erkrankte Wöchnerinnen stillten ihre Kinder nach wie vor und auch während der Influenza.

Die Blutuntersuchungen ergaben ein negatives Resultat.

In 2 Fällen, die zur Autopsie kamen (Mutter und Kind), wurden auch die

Organe zur bakteriologischen Untersuchung verwandt. Es entwickelte sich in den Agar- und Gelatineplatten, die mit Lungenstückchen beschickt waren, der Friedländer'sche Pneumoniecoccus. In 1 Falle von Empyem nach Influenza wurde von Emmerich lediglich der Streptococcus pyogenes gefunden. Den im Jahre 1883 vorgenommenen Sekretuntersuchungen des Ref. wird jede Bedeutung abgesprochen. (Der Ref. wird sich erlauben, darauf an anderer Stelle zurückzukommen.)

Seifert (Würzburg).

25. **Müller.** Über cerebrale Störungen nach Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 37.)

Verf. berichtet ausführlich über einen 50jährigen früher stets gesunden Mann, der nach einer Influenzaerkrankung in einen schlafähnlichen Zustand verfiel, welcher 14 Tage andauerte. Es entspricht das geschilderte Krankheitsbild der Affektion, die bereits andere Autoren beschrieben und die mit dem Namen »Nona« belegt worden ist. Verf. nimmt aber an — und er thut daran wohl Recht —, dass die »Nona« als Krankheit sui generis nicht existirt, sondern dass es sich in den beobachteten Fällen, so wie in seinem eigenen um eine Meningitis cerebrospinalis handelte, die sich im Anschlusse an die Influenza eben so entwickelte, wie es bei anderen Infektionskrankheiten längst beobachtet ist. **M. Cohn** (Berlin).

26. **Lehr.** Nervöse Erschöpfungszustände nach Influenza.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 41.)

Verf. hat in 11 Fällen schwere Erschöpfungszustände beobachtet, die sich während der fieberlosen und meist protrahirten Rekonvalescenzzeit von der Influenza entwickelten. Von den 11 Pat. waren 6 vorher bereits nervös erkrankt resp. hereditär belastet, während 5 vollständig gesund gewesen waren. Charakteristisch für die Krankheit war hochgradige psychische Depression und schwere Prostration. Ferner war auffallend die rasche und glückliche Heilung, die immer in höchstens 6 Wochen erzielt wurde. Einige beigegebene Krankengeschichten erläutern das Gesagte. **M. Cohn** (Berlin).

27. **Herzog.** Über Rückenmarkserkrankungen nach Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 35.)

Verf. hat die folgenden 2 Fälle beobachtet:

1) 11jähriger Knabe kränkelt beständig nach überstandener Influenza und klagt besonders über Magenschmerzen. Ca. 8 Wochen nach Beginn der Erkrankung wird eine kleine »Fasergeschwulst« unter dem Nagel entfernt, die Wunde heilt reaktionslos. Nach 8 Tagen zeigte sich erschwerte Beweglichkeit der Beine, die sich allmählich verschlechterte, so dass Pat. nach 3 Wochen völlig gelähmt war. Pat. war auch an den Beinen gefühllos, das Tastgefühl war aufgehoben, das Schmerzgefühl herabgesetzt. Zudem zeigten sich krampfartige Erscheinungen; klonische Zuckungen der Beine. Zuweilen Incontinentia urinae, einmal Incontinentia alvi. Niemals Schmerzen.

Stat. praes.: Pat. kräftig. Hirnnerven frei. Obere Extremitäten ohne Besonderheit. Völlige Paraplegie der unteren Extremitäten; starke Spasmen, links stärker als rechts, keine Atrophie. Sehr verstärkte Reflexe an allen zugänglichen Sehnen, oft treten beim Beklopfen klonische Zuckungen ein. Dorsalklonus. Starke Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit. Unfähigkeit, sich aufzurichten, zu sitzen. Wirbelsäule leicht skoliotisch, nirgends schmerzhaft. Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit bis herauf zum Nabel, hinten bis zum Proc. spin. des 12. Brustwirbels. Bei stärkeren Tasteindrücken Verlangsamung der Leitung. Innere Organe normal. Komplete Incontinentia urinae. Im weiteren Verlaufe auch häufig Incontinentia recti; Hyperästhesie auf dem Thorax oberhalb der anästhetischen Zone. Sonst keine Änderung bis zur Entlassung.

2) Bei einem 8jährigen kräftigen, hereditär nicht belasteten Mädchen tritt 3 Wochen nach der Influenza Lähmung beider Beine auf. Beim Liegen kann Pat. die Beine nur sehr wenig bewegen; beim Versuch zu stehen, der nicht gelingt, heftige Schmerzen in den Füßen. Urin- und Stuhlbeschwerden nicht vorhanden.

Stat. praes.: Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach links ab. Hirnnerven sonst normal. An den oberen Extremitäten verstärkte Tricepssehnenreflexe, so wie solche an den Proc. styloid. rad. et uln. Muskulatur der unteren Extremitäten etwas derber als normal. Wirbelsäule gerade, nirgends schmerzhaft. Beim Liegen kann Pat. beide Beine bis zum Hüftgelenk bis zu einem Winkel von 45° heben, aber nicht gestreckt, sondern nur so, dass die Unterschenkel auf der Unterlage schleifen. Aktive Bewegung in Knie- und Fußgelenken langsam und ungeschickt. Gehen kann Pat. gar nicht. Beim Versuche passiver Bewegungen links sehr heftige Spasmen, rechts passive Bewegungen fast gar nicht ausführbar. Beim Beklopfen der Patellarsehne gerathen die Beine in klonische Zuckungen. Hebt man die Pat. unter beiden Armen in die Höhe, so hängen die Beine nicht gerade herab, sondern sind im Hüftgelenk im Winkel von ca. 135° flektirt. Das linke Bein steht etwas höher als das rechte, das linke Knie etwas vor und oberhalb des rechten. Beide Beine etwas adducirt, das linke nach innen rotirt. An den Gelenken der unteren Extremitäten nichts Auffallendes. Keine Störung der Sensibilität, keine Schmerzhaftigkeit der peripheren Nerven. Innere Organe normal, keine Störungen seitens Blase und Mastdarm. Im weiteren Verlaufe heftige klonische Zuckungen der unteren Extremitäten.

Verf. fasst den 1. Fall als Myelitis transversa auf, den 2. als disseminirte Myelitis, die zunächst unter dem Bilde der spastischen Spinalparalyse in Erscheinung tritt. **M. Cohn** (Berlin).

28. **Westphalen.** Neuritis multiplex nach Influenza.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 21.)

Verf. hat die folgenden zwei interessanten Fälle beobachtet:

1) Ein 29jähriger Mann klagt am 7. Tage nach Beginn einer leichten Influenzaerkrankung über leichtes allgemeines Kältegefühl und die Empfindung von Kriebeln und Taubsein der Finger, später auch der Zehenspitzen. Während das Kältegefühl nach 3 Tagen schwand, klagt Pat. noch bei seiner ca. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung erfolgenden Aufnahme im Hospital über Parästhesien. Dazu habe sich weiter vor ca. 1 Woche eine Schwäche in den Beinen hinzugesellt, die sich dann auch, verbunden mit subjektivem Schwindelgefühl, den Armen und dem ganzen Körper mitgetheilt hat. Auch meint Pat. ein Hindernis beim Schlucken zu fühlen. Alles dieses habe sich jedoch in den letzten Tagen gebessert. Appetit und Stuhlgang normal. Kein Fieber. Syphilis und Alkoholismus werden geleugnet.

Bei dem kräftig gebauten Pat. ist die motorische Kraft beider Arme, namentlich des rechten, sehr stark herabgesetzt. Biceps- und Tricepsreflex erloschen. Sensibilität nicht wesentlich gestört. Faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln normal. Der Gang unsicher, taumelnd; Pat. hat beim Gehen die Empfindung von Schwindel und Schwäche in den Beinen. Die motorische Kraft der unteren Extremitäten leicht herabgesetzt. Kein Fußklonus. Patellarreflexe völlig erloschen. Bis auf die erwähnten Parästhesien keinerlei Sensibilitätsstörungen. Faradische Erregbarkeit normal. Bauchdecken- und Cremasterreflex erhalten. Blase und Mastdarm funktioniren gut. Pupillen normal, prompte Reaktion. Anscheinend leichte Parese des rechten Facialis; mäßige Deglutitionsbeschwerden. Innere Organe normal; eben so Puls und Temperatur.

Die Behandlung bestand in der Anwendung von Zinc. valerian., Bäder von 30° mit nachfolgender lauer Übergießung und Faradisation der Nervenstämme der oberen und unteren Extremität. Dabei trat eine allmähliche Besserung ein und nach einigen Monaten waren sämmtliche Symptome verschwunden; jedoch kehrte der Patellarreflex nicht wieder.

2) Ein kräftig gebauter Mann von 25 Jahren erkrankt 1 Woche nach der Influenza unter dem Ausbruch einer Urticaria an einer an den unteren Extremitäten beginnenden sich im Laufe von 2 Wochen allmählich dem Körper mittheilenden schlaffen motorischen Lähmung, welche auch einzelne der Hirnnerven nicht verschont. Gleichzeitig erlöschen die Reflexe und es stellen sich im weiteren Ver-

laufe Muskelatrophien und Entartungsreaktion ein, während sich zu Anfang eher eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit bemerkbar machte. Während der Zunahme der Lähmungserscheinungen erwiesen sich die verschiedenen Nervenstämme druckempfindlich und die Muskeln bei leichtem Kneten sehr schmerzhaft. Mit Ausnahme leichter Parästhesien wurden Sensibilitätsstörungen zu keiner Zeit beobachtet. Nach 2wöchentlichem Stillstande der Krankheitserscheinungen trat dann eine rasche Besserung ein bis zu nahezu vollständiger Genesung, während gleichzeitig vasomotorische und trophische Störungen — Ödeme und eine abnorme Behaarung an Armen und Beinen auftreten. Die Behandlung bestand im Beginn in Points de feu längs der Wirbelsäule, 10 Einreibungen mit je 4,0 Ungt. ciner. und gleichzeitig Jodkali. Später wurden kalte Abreibungen, Bäder, Massage, Faradisation, innerlich Zinc. valer. und Arg. nitr. in Anwendung gezogen.

Verf. begründet sodann die Diagnose »Neuritis multiplex« und weist auf den unzweifelhaften Zusammenhang mit der vorausgegangenen Influenza hin.

M. Cohn (Berlin).

29. **H. Beckler** (Fischen). Ein Fall von abnormer Verlangsamung des Pulses mit epileptischen Zufällen.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Eine bis dahin stets gesunde Frau von 71 Jahren, welche in der Krankenpflege eines Familienmitgliedes fast Übermenschliches geleistet hatte, trat in Behandlung mit Klagen über allgemeine Schwäche, Schwerathmigkeit bei den geringsten körperlichen Bewegungen. Die Untersuchung ergab eine große Leber, Mitralinsufficienz, 38 Pulse in der Minute, ausgesprochene Arteriosklerosis an der Radialis und Brachialis; dies war der Status im November 1889, er blieb so bis Januar 1890, als die Pat. Anfälle hatte, welche als epileptiforme angesehen werden mussten. Bei den epileptiformen Anfällen hatte die Pat. stets eine Aura, es kam ihr »singend« von der linken Seite her quer durch die Schläfengegend in den Kopf. Der Anfall selbst kam schnell, ging mit Bewusstseinsschwinden einher; nach wenigen Minuten war er vorüber und der Puls, welcher vorher nur 28 Schläge hatte, machte nun 58 Schläge. Diese Anfälle sind seit ungefähr 3 Monaten nicht mehr wiedergekommen, obwohl manchmal die Kranke das Gefühl hatte, dass sie kämen. Analog der günstigen Wirkung der künstlich hervorgebrachten Pulsverlangsamung in ähnlichen Fällen hält B. diese Abnormität für eine bis jetzt wenigstens höchst gelungene Korrektur des Herzleidens der Frau; nachdem sich die allgemeine Schwäche gebessert, kann sie den Tag außer Bett zubringen. Die Leberschwellung ist verschwunden, ein Ödem der Beine kam nie wieder, die Dyspnoe blieb verschwunden. Von medikamentöser Einwirkung ist kein entschiedener Erfolg zu berichten.

Prior (Köln).

30. **Pope.** Thrombosis of vertebral artery pressing on glosso-pharyngeal nerve: unilateral loss of taste at back of tongue.

(Brit. med. journ. 1889. November 23.)

Nach Gowers war seither kein Fall bekannt, in welchem bei Schädigung der Wurzeln des Glossopharyngeus Geschmackslähmung beobachtet worden wäre. Der folgende von P. mitgetheilte Fall füllt diese Lücke aus.

Ein 76jähriger Arbeiter erlitt einen leichten apoplektischen Insult ohne Verlust des Bewusstseins und war seitdem unfähig zu schlucken. Bei der vorgenommenen Geschmacksprüfung mit verdünnter Essigsäure und Syrup wurden beide Substanzen auf der linken Hälfte des Zungenrückens nicht geschmeckt, an der Zungenspitze wurde linkerseits der Essig deutlich, der Syrup nicht geschmeckt. Auf der rechten Zungenhälfte war der Geschmack normal. Bei der Sektion fand man, dass die linke Arteria vertebralis durch einen Thrombus auf $^1/_4$ Zoll Dicke ausgedehnt war, und zwar auf ihrem ganzen Verlaufe vom Eintritt in den Schädel bis zur Vereinigung mit der rechtsseitigen. Sie musste demnach auf die Wurzeln des Glossopharyngeus drücken. Das Hirn erwies sich bei sorgfältiger Untersuchung gesund.

O. Körner (Frankfurt a/M.).

31. **Senator.** Über lebende Fliegenlarven im Magen und in der Mundhöhle.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 7.)

32. **Scheiber.** Einige Bemerkungen zu dem Vortrag des Herrn Geheimrath Prof. Senator: Über Fliegenlarven im Magen und in der Mundhöhle.

(Ibid. No. 18.)

33. **Hildebrandt.** Erbrechen von Fliegenlarven.

(Ibid. No. 19.)

Ein 28jähriger Mann entleerte durch Erbrechen eine Unmenge von lebenden Würmern, $1^1/_2$ Jahre später ohne Erbrechen, einfach mit dem Ausspucken 13 ebenfalls lebende Würmer, später noch einmal wieder etwa 1 Dutzend Würmer, die wie gewöhnliche Fliegenmaden aussahen und wahrscheinlich Larven der gewöhnlichen Stubenfliege waren. Die erbrochenen Larven stammten wohl aus dem Magen, die später entleerten entweder ebenfalls aus dem Magen, oder aus dem Pharynx, oder den Choanen. Wahrscheinlich sind die Larven oder deren Eier mit irgend einer Nahrung in den Magen gelangt.

An diesen Fall schließt Senator einen weiteren an, bei welchem Oxyuris vermicularis in großer Anzahl in gleicher Weise entleert wurden (beschrieben in einer Dissertation von Pomper, Berlin, 1875).

Scheiber weist in Betreff der ausgespuckten Larven (in Senator's Fall, die wahrscheinlich aus der Rachenhöhle stammten, auf die Analogie bei Thieren hin, und zwar ebenfalls die Familie der Oestriden betreffend, und bespricht in Kürze die hierher gehörigen Erscheinungen an Thieren mit besonderer Berücksichtigung des in den Tropen bekannten Pseudoparasitismus.

In Bezug auf die Provenienz der Fliegenlarven in Senator's Falle glaubt S., dass dieselben mit verdorbenem Fleische oder mit mit Eiern und Larven inficirtem Käse ins Innere des Kranken gelangten. —

H. wird durch Senator's Vortrag veranlasst, einen Fall aus seiner Praxis mitzutheilen, der eine 50jährige Dame betraf, welche durch Erbrechen einen Haufen von 60—70 Maden entleerte, welche ebenfalls als Larven der Musca domestica erkannt wurden. Möglicherweise waren in diesem Falle die Eier der Larven mit Weintrauben in den Magen gelangt. **Seifert** (Würzburg).

34. **Müller** (Stuttgart). Über die Behandlung der Tabes dorsalis durch Stützapparate.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1890. No. 15.)

M. wendet sich gegen die Erklärung, welche Jürgensen über die Wirkungsweise der Korsettbehandlung bei Tabes giebt. Nach seinen Ausführungen wäre ein Hessing-Korsett, wie es von Jürgensen empfohlen wird, nicht im Stande, das Zusammensinken der nicht verkrümmten Wirbelsäule zu verhüten. Aber auch eine Entlastung der Wirbelsäule mit einem Hessing-Korsett sei nicht möglich. Damit solle aber nicht gesagt sein, dass dasselbe überhaupt nicht günstig wirke; in Fällen, wo eine Störung in der Gestalt der Wirbelsäule und in der Funktion der Rückenmuskeln vorhanden ist, lasse sich ein günstiger Einfluss des Korsetts nicht absprechen. Die Mehrzahl der Nervenärzte und Kliniker wird wohl ihre Übereinstimmung mit dem Schlusssatze M.'s aussprechen, dass die Tabes nicht in das Gebiet der Orthopädie gehöre. **Seifert** (Würzburg).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i|E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 50. **Sonnabend, den 13. December.** **1890.**

Inhalt: Günzburg, Über Phloroglucin-Vanillin und verwandte Reagentien. (Original-Mittheilung.)

1. **Bechterew,** Funktion des Kleinhirns. — 2. **Lewith,** Widerstandsfähigkeit der Sporen gegen Erhitzung. — 3. **de Blasi** und **Russo Travali,** Wuthgift. — 4. **Rosario,** Übertragung der Cholera von Mutter auf Fötus. — 5. **Langhans,** Glykogen. — 6. **Pilliet,** Thrombose der Venae mesaraicae. — 7. **Gussenbauer,** Ischias scoliotica. — 8. **Salkowski,** 9. **Jessen,** Saccharin. — 10. **Ehrlich** und **Leppmann,** Schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. — 11. **Sée,** Cannab. ind.

12. **Dehio,** Pulsus bigeminus. — 13. **Miller,** Ileus, Laparotomie. — 14. **Barr,** Tödliche Magenblutung durch Varix der Magenschleimhaut. — 15. **Gonda,** Allgemeine Diphtherie. — 16. **Natanson,** 17. **Schapringer,** 18. **Fukala,** 19. **Pflüger,** 20. **Greef,** 21. **Schwimmer,** 22. **Finzi,** Influenza. — 23. **Peterson,** Tabes mit Epilepsie und Muskelatrophie. — 24. **Kretz,** Syringomyelie. — 25. **Guinon,** Traumatische Hysterie. — 26. **Blitz,** Augenreizung durch chronische Rhinitis. — 27. **Kromayer,** Prurigo. — 28. **Gaudin,** Aristol. — 29. **Späth,** Karbolvergiftung. — 30. **v. Hofmann,** Vergiftung durch Extract. filic. maris aeth.

Bücher-Anzeigen: 31. **B. Tarnowsky,** Prostitution und Abolitionismus. — 32. **A. Blaschko,** Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten. — 33. **Albert,** Lehrbuch der Chirurgie. — 34. **Urbantschitsch,** Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

Über Phloroglucin-Vanillin und verwandte Reagentien.

Von

Dr. **Günzburg** in Frankfurt a/M.

Wenn ich über einige Salzsäurereaktionen heute noch einmal das Wort nehme, nachdem speciell Phloroglucin-Vanillin sich ziemlich allgemein eingebürgert hat, so verkenne ich nicht, dass dem Salzsäurenachweis die ausschlaggebende Bedeutung von früher in geringerem Maße zukommt. Immerhin halte ich es für Pflicht, die Fachgenossen auf beobachtete Mängel der Reaktionen aufmerksam zu machen und den Werth derselben abzuschätzen.

Die Vorzüge des Phloroglucin-Vanillin (höchste Empfindlichkeit

gegen Spuren von freier HCl und Unempfindlichkeit gegen organische Säuren) brauche ich nicht mehr hervorzuheben.

Weniger bekannt sind Indol-Vanillin und Resorcin-Vanillin. Indol, das Produkt der Darmfäulnis, und Resorcin können mit Vanillin in irgend einem Verhältnis gemischt und in Alkohol gelöst werden (z. B. Indol 1,0, Vanillin 1,0, Spiritus 30; Resorcin 1,0, Vanillin 1,0, Spiritus 30). Diese Lösungen geben mit HCl in bekannter Weise abgedampft rothe bis violette Spiegel. Auch das Boas'sche Reagens ist keine chemische Verbindung, sondern eine Mischung aus Resorcin und Zucker.

Von Herrn Dr. Blum in Freiburg wurde ich aufmerksam gemacht, dass Phloroglucin-Vanillin mit Lösungen anorganischer und organischer Salze öfters verdächtige Rothfärbungen giebt, welche mit der Salzsäurereaktion verwechselt werden können. Es handelt sich um schwache Salzlösungen (1—10‰), zum Theil mit Hinzumischung organischer Säuren, also um Verhältnisse, welche im filtrirten Mageninhalt vorkommen können.

Die folgende Tabelle enthält die wichtigsten Beobachtungen:

	Phloroglucin-Vanillin	Indol-Vanillin	Resorcin-Vanillin	Boas'sches Reagens
Farbe der HCl-Reaktion	Scharlachroth	Rosaroth	Roth-Violett	Scharlachroth
Empfindlichkeit	1/90 mg HCl	1/90 mg	1/80 mg	1/80 mg
Kochsalz	— —	Mattroth	Beim Verbrennen leichte Röthung	Bald Rothfärbung, bald keine Färbung
Glaubersalz	Grün oder gelbbraun, selten roth	Grün oder undeutlich roth	Roth, zuweilen violett, zuweilen keine Färbung	Bald keine Färbung, bald Rothfärbung
Glaubersalz + Essigsäure	Gelbbraun, beim Verbrennen roth	Rothfärbung	Violett	Zuweilen keine Färbung, zuweilen Rothfärbung
Chlorcalcium	Flüchtiges mattes Roth	Rosaroth	Spuren von Rothfärbung	Keine Färbung
Chlorcalcium + Essigsäure	Kräftiges Rosaroth	Roth	Roth-Violett (schwach)	Vor der Verbrennung flüchtige Rothfärbung
Natrium aceticum	Grün, zuweilen rosaroth	Grün	Roth-Violett (kräftig)	Scharlachroth (kräftig)
Natrium acetic. + Milchsäure	Rosaroth	Grün oder flüchtiges Roth	Roth-Violett (kräftig)	Scharlachroth
Natrium lactic.	Roth, gelb, rothbraun	Grün	Roth-Violett	Roth-Violett
Natrium lactic. + Essigsäure	Roth bis rothbraun	Grün	Roth-Violett	Roth-Violett

Was zunächst die Empfindlichkeit der Reaktionen angeht, so ist sie im Großen und Ganzen bei den 4 Reaktionen gleich; wenigstens hat der Unterschied von 1/10000 keine klinische Bedeutung.

Ich habe die Empfindlichkeit nicht in Procentverhältnissen, sondern in absoluten Zahlen ausgedrückt; d. h. also, wenn man von einer HCl-Lösung von 1 : 90000 1 ccm abdampft, so bekommt man noch eine Phloroglucinreaktion. Für die bisherige klinische Methode — wonach 2—3 Tropfen der HCl-Lösung oder des Magensaftes abgedampft wurden — bleibe ich jedoch bei meiner früheren Angabe, dass die Empfindlichkeitsmenge (für die vier Reaktionen) bei 1 zu 50000 liegt.

Dass die bedeutende Empfindlichkeit ein Fehler sei, wird wohl Niemandem einleuchten. Trotzdem findet sich in Tappeiner's Anleitung zur chemisch-diagnostischen Untersuchung am Krankenbett (1888, in der letzten Ausgabe ist die Bemerkung weggefallen) und in dem kleinen Buch von Wille (1889) eine Bemerkung, dass so kleine Spuren von HCl sich wohl in jedem Magen finden würden. Die Erfahrung hat gelehrt, dass eine große Anzahl von Fällen keine Phloroglucinreaktion geben; es handelt sich ja auch lediglich um freie HCl, während die an Albuminsubstanzen gebundene von unseren Reaktionen nicht nachgewiesen wird.

Die Reaktionen unterscheiden sich sehr wesentlich von einander durch die Flüchtigkeit des entstehenden Farbstoffes. Am flüchtigsten tritt der Farbstoff des Boas'schen Reagens auf. Man mag noch so vorsichtig abdampfen, so geht doch direkt hinter dem scharlachrothen Farbstoff die Verbrennungsfarbe einher. Bei sehr geringen Mengen von Salzsäure ist es mir daher mit dem Boas'schen Reagens oft nicht gelungen, die scharlachrothe Färbung zu sehen; dem Boas'schen Reagens steht das Resorcin-Vanillin in Bezug auf Flüchtigkeit nahe.

Während das Phloroglucin-Vanillin in der Mitte steht, zeichnet sich Indol-Vanillin durch große Beständigkeit des wunderbar schönen Farbstoffes aus. Man kann den Farbstoff in Alkohol lösen und kann damit färben, ein Umstand, welcher sich vielleicht zu einer Verfeinerung der Reaktion benutzen lässt.

Was nun die in der Tabelle zusammengestellten Färbungen betrifft: fast alle zeigen eine merkwürdige Launenhaftigkeit. Die kleinsten nicht übersehbaren Umstände veranlassen Farbenänderungen, so dass man eben eine Rothfärbung, dann eine Bräunung, dann eine Grünfärbung erhält.

Wie mir scheint, haben wir 3 Gruppen zu unterscheiden:

1) Die Gruppe der anorganischen Salze, mit Ausschluss des Chlorcalciums. Hier stehen die 4 Reaktionen sich ziemlich gleich, alle geben gelegentlich eine Rothfärbung, am meisten Indol-Vanillin und Resorcin-Vanillin. Die auftretenden Rothfärbungen scheinen mir häufig Produkte nachträglicher Verbrennung beim Weiterdampfen zu sein. Bedeutung für die Klinik haben diese Färbungen nicht; denn es ist z. B. in jedem Mageninhalt Kochsalz, ohne dass jeder Mageninhalt mit Indol-Vanillin das Mattroth (Tabelle) ergiebt. Auch ist es mir nicht gelungen, durch Auflösung der erwähnten Salze in

salzsäurefreien Magensäften mit unseren Reagentien Rothfärbungen zu erhalten.

2) Schwerwiegender erscheinen die Rothfärbungen, welche man durch organische Salze zum Theil mit Hinzumischung von organischen Säuren erhält. Hier geben besonders Resorcin-Vanillin und Boas'sches Reagens Rothfärbungen, welche zu Verwechslungen Veranlassung geben könnten. Ich habe mehrmals durch Auflösen von Natr. lactic. oder Natr. acetic. in einem salzsäurefreien Mageninhalt eine Rothfärbung mit unseren Reaktionen bekommen, was für die Klinik beachtenswerth ist.

3) Die 3. Gruppe bildet das Chlorcalcium allein oder mit Hinzumischung von organischen Säuren.

Hier erhalte ich zweifellose Rothfärbungen, welche der HCl-Reaktion höchst ähnlich sind. Besonders deutlich treten diese Färbungen bei Phloroglucin-Vanillin und Indol-Vanillin auf. Diese Färbungen sind regelmäßig vorhanden, sind deutlich charakterisirt.

Ich bin der Ansicht, dass beim Abdampfen aus dem Chlorcalcium in wässeriger Lösung Chlorwasserstoff frei wird, besonders wenn noch organische Säuren vorhanden sind. Es wird also durch die Nothwendigkeit des Abdampfens eine HCl-Anwesenheit vorgetäuscht. Demnach müssten alle Abdampfreaktionen denselben Fehler zeigen, was mir in der That der Fall zu sein scheint.

Dampft man ein frisches Tropäolinpapier mit schwacher Essigsäurelösung ab, so tritt keine Violettfärbung auf. Giebt man aber noch etwas Chlorcalcium hinzu, so tritt die Violettfärbung ein, welche für freie HCl charakteristisch ist.

Bei den beiden Resorcinreaktionen tritt die Rothfärbung durch Chlorcalcium nur flüchtig auf; sie ist vorhanden, wird aber — wie überhaupt bei diesen Reaktionen — leichter übersehen.

Es sind mir salzsäurefreie Magensäfte vorgekommen, in welchen ich durch Hinzufügen von Chlorcalcium eine Rothfärbung mit unseren Reagentien erhalten habe. Es handelt sich natürlich um große Mengen von Chlorcalcium, über 2‰.

Ob in diesem Verhalten ein wirkliches Bedenken für den klinischen Gebrauch liegt, bleibt abzuwarten. Es scheint mir außerordentlich unwahrscheinlich, denn bei den vielen vergleichenden Untersuchungen, welche auf deutschen Kliniken und von mir gemacht worden sind, haben sich keine Fälle gefunden, in denen durch Phloroglucin-Vanillin allein HCl angezeigt worden wäre, durch die anderen Reaktionen, Congopapier, Methylviolett jedoch nicht. Der umgekehrte Fall ist von mir öfters beobachtet worden, aus demjenigen Grunde, welcher den Vorzug unserer Reaktion ausmacht: dass sie auf organische Säuren nicht reagiren.

Wenn ich nun den Werth der Reaktionen abschätzen soll, so möchte ich Resorcin-Vanillin als das wenigst geeignete bezeichnen in Bezug auf Empfindlichkeit, Flüchtigkeit, Verwechslungsmöglichkeit.

Indol-Vanillin ist aus äußeren Gründen nur in besonderen Fällen als Kontrollreagens verwendbar (als solches in vereinzeltem Fall recht wohl zu brauchen). Indol entwickelt beim Abdampfen einen unerträglichen Geruch; 1 dg Indol kostet bei Merk 5 ℳ.

So blieben das Boas'sche Reagens und Phloroglucin-Vanillin als die brauchbarsten übrig; beide haben ihre Fehler. Bei dem Boas'schen Reagens stört die Flüchtigkeit der Farbe in hohem Maße. Die Rothfärbung durch organische Salze ist zu beachten.

Phloroglucin-Vanillin zeigt beim Abdampfen mit Chlorcalcium aufs deutlichste freie Salzsäure an.

Für die klinische Brauchbarkeit der beiden letzten Reagentien kommt noch folgendes Verhältnis in Betracht:

Wenn man Boas'sches Reagens mit Mageninhalt abdampft, so wirkt die Verbrennung organischer Substanzen so ungünstig, dass die charakteristische Färbung sehr oft bei freier HCl verdeckt wird.

Das ist entschieden bei Phloroglucin-Vanillin nicht der Fall.

Der Unterschied ist eine Konsequenz der verschiedenen Flüchtigkeit.

Vor mir steht ein Mageninhalt mit 0,4‰ freier HCl. Mit Phloroglucin-Vanillin bekomme ich eine deutliche Reaktion, mit Boas-schem Reagens bekomme ich eine zweifelhafte Färbung, die sofort von Verbrennungsprodukten verdeckt wird. Bei Abendbeleuchtung könnte ich nicht entscheiden, ob hier HCl vorhanden ist, wenn mir nur das Boas'sche Reagens zur Verfügung stünde.

Ich muss mich aus dem ausgeführten Grunde für die klinische Verwendung von Phloroglucin-Vanillin aussprechen, bis wir ein absolut fehlerloses Reagens zur Verfügung haben [1].

Bei den außerordentlich zeitraubenden Wiederholungen obiger Versuche hat mich Herr cand. med. Wolf (z. Z. in Erlangen) aufs freundlichste unterstützt, wofür ich hiermit herzlich Dank sage.

---

1. **Bechterew.** Zur Frage über die Funktion des Kleinhirns.

(Neurologisches Centralblatt 1890. No. 12.)

B. bekämpft die Gowers'sche Hypothese, wonach der mittlere Kleinhirnlappen, welchem von den Muskeln nicht wahrnehmbare Impulse durch Hinterstränge und direkte Kleinhirnseitenstrangbahn zugehen, der Koordination der Bewegungen durch Übermittelung der

---

[1] Leo's Methode scheint mir der Nachprüfung zu bedürfen; mir ist Folgendes aufgefallen:

Eine Salzsäure-Pepsinlösung von 1‰ wurde mit so viel Merk'schem Pepton versetzt, bis die Farbstoffreaktionen ausblieben. 10 ccm dieses Gemisches brauchten 3,2 ccm 1/10 Normal-Natronlauge zur Neutralisation.

Gab man zu 10 ccm obigen Gemisches kohlensaures Calcium, so wurden nur 1,5 ccm 1/10 Normal-Natronlauge zur Neutralisation verbraucht.

Mithin müsste man nach Leo's Angabe aus diesem Versuch den Schluss ziehen, dass freie HCl vorhanden wäre, obgleich nur an Albuminsubstanzen gebundene anwesend war; Verhältnisse, welche im Mageninhalt vorkommen.

motorischen Hirnrindenzone vorstehen, mit allen Punkten der letzteren verbunden sein und einen hemmenden Einfluss auf die Zellen der motorischen Rindengebiete ausüben soll; letztere sollen ihrerseits wiederum hemmend auf das die Sehnenreflexe beherrschende Muskelcentrum einwirken. So sollen sich das Fehlen des Kniephänomens bei Tumoren des mittleren Kleinhirnlappens, das Auftreten von Athetose und Konvulsionen bei Kleinhirnaffektionen, die Beziehungen zu Tabes etc. erklären. Diese ganze Anschauung steht nach B. auf schwachen Füßen. B. betont das Vorhandensein centrifugal leitender Kleinhirnbahnen: 1) im Spinalbündel des mittleren Kleinhirnschenkels zur Formatio reticularis und durch diese zu den Vorder- und Seitenstranggrundbündeln; 2) in dem die Dachkerne des Kleinhirns mit den oberen Oliven verbindenden Bündel. Verbindungsbahnen des mittleren Kleinhirnlappens mit der motorischen Hirnrinde, welche Gowers als bekannt voraussetzt, sind de facto nicht erwiesen; und die Unterschiede in den Verbindungen des mittleren Kleinhirnlappens und den gleiche Struktur besitzenden Kleinhirnhemisphären mit peripherischen und centralen Organen sind an sich so groß, dass sie zur Erklärung der verschiedenen, auf Zerstörung dieser Kleinhirntheile folgenden Funktionsstörungen vollkommen ausreichen. Von physiologischer Seite erscheinen die Gowers'schen Annahmen eben so haltlos, da die aus dem Rückenmark zum Kleinhirn aufsteigenden Bahnen sehr verschiedenen Ursprung besitzen und keineswegs ausschließlich als Fortsetzungen der Muskelnerven angesehen werden können. Das Fehlen der Sehnenreflexe bei Geschwülsten des mittleren Kleinhirnlappens wird durch keine bekannte experimentelle Thatsache unterstützt; das Auftreten von Athetose und Konvulsionen unter gleichen Umständen ist bei der Existenz selbständiger centrifugaler Kleinhirnbahnen noch besser verständlich. **Eulenburg** (Berlin).

---

2. **S. Lewith.** Über die Ursache der Widerstandsfähigkeit der Sporen gegen hohe Temperaturen. (Ein Beitrag zur Theorie der Desinfektion.)

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie Bd. XXVI. p. 341.)

Da Temperaturen, welche sonst Gerinnung des Protoplasmas mit Sicherheit herbeiführen, von den Bacillensporen ohne Schaden ertragen werden, sucht Verf. zunächst dasjenige Moment zu finden, welches diese gerinnungshemmende Wirkung ausübt. Er findet unter Verwerthung älterer Beobachtungen, dass die Koagulation der löslichen Eiweißstoffe nicht allein eine Funktion der Temperatur und der Dauer ihrer Einwirkung, sondern auch des Wassergehaltes ist. Die Annahme, dass bei der Bildung der Sporen eine Anhäufung von Protoplasma unter Wasserabgabe erfolgt, genügt, die gesteigerte Resistenz derselben gegen trockene Hitze ohne weitere Hilfshypothese zu erklären. Verf. schätzt den Wassergehalt der resistentesten Sporen auf etwa 10 %. Da beim Desinficiren durch trockene Hitze die eingebrachten Objekte mit

etwa daran haftenden Sporen nicht sofort die Gerinnungstemperatur erreichen und in der Zwischenzeit noch Wasser abzugeben in der Lage sind, so erscheint diese Desinfektionsmethode geeignet, die Gerinnungstemperatur — und damit wohl auch die Tödtungstemperatur noch während der Procedur in die Höhe zu treiben. Es ergiebt sich weiterhin, dass auch eingetrocknete Bakterien sich im Ganzen gegen hohe Temperaturen widerstandsfähiger erweisen.

Aus dieser Vorstellungsweise erklärt sich aber auch, dass die Resistenz der Sporen nur so lange bestehen kann, so lange ihr Wassergehalt ein niedriger bleibt. Nimmt beim Auskeimen das Protoplasma Wasser auf durch die Sporenmembran, so muss die Gerinnungs- und Tödtungstemperatur herabgehen. Die zahlreichen praktischen Desinfektionsversuche mit heißer Luft, gespanntem und strömendem Wasserdampfe bieten für diese Anschauung zahlreiche Beläge. **Peiper** (Greifswald).

---

3. **L. de Blasi** e **G. Russo Travali.** Ricerche sulla rabbia. (Istituto antirabico della città di Palermo.)

(Riforma med. 1890. No. 19 u. 20.)

In der folgenden Übersicht sind die Mittel und ihre relativen Gabengrößen zusammengestellt, welche sich in den Versuchen der Verff. als neutralisirende Gifte für das Wuthgift erwiesen haben. Die Versuche wurden am Kaninchen angestellt.

Angewendete Substanz	Titre der Lösung	Zeitdauer bis zur Neutralisirung des Wuthgiftes
Karbolsäure	5%	50 Minuten
»	3%	60 »
»	2%	120 »
Salzsäure	5%	5 »
Phenolschwefelsaures Zink	5%	5 »
Kalium hypermangan.	1%	20 »
Zinc. sulfuricum	1%	10 »
Argent. nitricum	Solut. concentr.	5 »
» »	50%	5 »
» »	25%	10 »
Creolin	1%	3 »
Kalium caustic.	Solut. concentr.	10 »
Ferr. sesquichlorat.	2%	5 »
Acid. boricum	4%	15 »
Cuprum sulfuricum	10%	5 »
Acid. salicylicum	5%	5 »
Liq. Ammon. caust.	—	10 »
Cinnamom. Ceylan.	—	5 »
Succus citri limon.	—	3 »
Acid. sulfuric.	—	10 »
Naphthalin	10 cg	20 »
Camphora trita	10 »	30 »
Jodoform	5 »	20 »
Jodol	5 »	10 »

Temperaturgrade von 96 und 55° C., denen Stückchen von wuthgiftigem Rückenmark unter Abschluss des Sauerstoffs 1 Stunde lang

ausgesetzt wurden, erwiesen sich genügend für die Zerstörung des Giftes, welches in 8 Versuchen Kaninchen, die dem Kontrollgift nach Verlauf von 7 Tagen unterlagen, bis zu 40 Tagen unversehrt ließ.

Von 8 Versuchen über die Virulenz des Spermas wuthkranker Kaninchen fiel ein einziger positiv aus; das geimpfte Thier zeigte die Wuth nach 29 Tagen; von seinem Rückenmark geimpfte Kaninchen erkrankten dessgleichen. Verf. legt dem gelungenen Versuch, der beweist, dass im Stadium der Incubation das Sperma virulent sein kann, praktische Wichtigkeit bei, in so fern »die Fälle nicht selten sind, in welchen gebissene Menschen den Arzt um Rath fragen, ob sie ohne Furcht ihrem Geschlechtstrieb folgen dürfen«.

Impfversnche an Hunden ergaben Folgendes: Im wuthgiftigen Rückenmark des Kaninchens befindet sich eine toxische (mit dem Chamberland'schen Filter gewonnene) Substanz, welche, unabhängig von dem fixen Wuthgift selbst, in größeren Mengen eingeimpft, Hunde zu tödten vermag, indem sie eine beträchtliche Abmagerung und eine hochgradige Gliederschwäche erzeugt, wie sie im Bilde der Rabies paralytica auftreten; es fehlt aber das Incubationsstadium und die Übertragbarkeit der Krankheit. Es gelingt manches Mal mittels jener toxischen Substanz ein Thier gegenüber den Impfungen in die Nervenscheiden refraktär zu machen; und zwar gelingt es bei Kaninchen sowohl, welche auf dem Wege der Nervenbahn nicht weniger empfänglich für das Wuthgift sind als auf subduralem Wege, als auch bei Hunden, bei welchen allerdings die Nervenbahnen weit geringere Sicherheit für die Verbreitung des Wuthgiftes gewähren. Der subduralen Impfung widerstehen jene Thiere nicht.

G. Sticker (Köln).

---

4. **Vitanza Rosario.** Sulla trasmissibilita dell' infezione colerica dalla madre al feto.

(Riforma med. 1890. No. 46—49.)

Aus den Versuchen an Meerschweinchen geht hervor, dass es für das Zustandekommen einer Infektion mit Choleragift gleichgültig ist, an welcher Körperstelle letzteres eingebracht wurde, ob durch Einführung in den Magen oder in den Darm, ob durch Einimpfung in das subkutane Zellgewebe oder in das Blut, ob durch Inoculation in den Amniossack, immer kommen nahezu dieselben anatomischen Läsionen zu Stande, die ihren Hauptsitz im Darmkanal haben, allerdings auch als sekundäre Infektionsherde an anderen Körperstellen auftreten können.

Klinisch hat Verf. an drei menschlichen Föten, welche durch den Kaiserschnitt post mortem von Choleraleichen gewonnen wurden, und an zwei anderen, welche im 5. bez. im 6. Monat auf dem Wege des Abortes zur Welt kamen, so wie an einem todt extrahirten Kinde weder im Blute noch in den inneren Organen den Cholerabacillus auf bakterioskopischem Wege nachweisen können; an fünf Föten, deren Autopsie er machte, fanden sich nur 3mal die anatomischen Ver-

änderungen der Cholera; Impfungen mit dem Blut und dem Meconium dieser Leichen auf Gelatine blieben resultatlos. Die Umstände, welche an den negativen Befunden Schuld sind, sind dunkel.

In den Thierexperimenten kam eine Übertragung des Choleragiftes auf den Fötus mittels der Placenta der Regel nach zu Stande; dieselbe erschien stets an anatomische Läsionen der Placenta gebunden; wo Hämorrhagien in letzterer vermisst wurden, hatte auch der Fötus kein Zeichen der Cholerainfektion und enthielt keine Kommabacillen.

G. Sticker (Köln).

---

5. **Langhans.** Über Glykogen in pathologischen Neubildungen und den menschlichen Eihäuten.

(Virchow's Archiv Bd. CXX. p. 28.)

In der vorliegenden Arbeit ist das Resultat jahrelanger Beobachtungen an einem sehr reichen Material niedergelegt. Schon 1880 ließ der Verf. durch Schiele in einer Dissertation einige Punkte über die Glykogenfrage erörtern und theilte 1887 einige seiner eigenen Erfahrungen über den Glykogengehalt an Hodenkrebsen mit. Die jetzige Arbeit des Verf.s bildet also eine Fortsetzung und Erweiterung der früheren Mittheilungen. Einzelne Thatsachen waren schon durch Neumann, Ehrlich, Marchand und Barfurth bekannt, im Übrigen aber war das Gebiet ganz unbearbeitet und die zahlreichen Resultate des Verf. sind daher bei der Wichtigkeit des Gegenstandes von ganz besonderem Interesse. Das Glykogen tritt entweder in Schollen und Kugeln, oder auch diffus auf und liegt in den Zellen oder außerhalb derselben im Gewebe und frei in den Gefäßen, wo es sich meist an den Wandungen lokalisirt. Die Löslichkeit des Glykogens erwies sich verschieden, indem es bald in Wasser löslich, bald nur theilweise löslich, bald ganz unlöslich war. In Speichel war es immer löslich, selbst nach Fixirung durch Alkohol, wodurch es in den meisten Fällen (mit Ausnahme der diabetischen Niere und der embryonalen Muskeln) für Wasser unlöslich wird. Wegen dieses verschiedenen Verhaltens des Glykogens ist es wahrscheinlich, dass es mehrere Arten giebt, die aber einander sehr nahe stehen. Auch die Fäulnis resp. das Liegenlassen nach dem Tode wirkte sehr verschieden. Zuweilen wurde es gelöst in der Gewebsflüssigkeit oder verschwand, ohne dass sich Zucker bildete; in Knochensarkomen, in Knorpel, Knochenenchondromen, Tumoren der Parotis und der Hoden veränderte es sich durch die Fäulnis nicht. Das Alter scheint in so fern einen Einfluss auszuüben, dass die Tumoren des Greisenalters frei von Glykogen sind. Der Ernährungszustand des Pat. hat keinen besonderen Einfluss. Von Wichtigkeit ist der Sitz und das Gewebe der Tumoren. So fehlt z. B. das Glykogen fast stets in den Mammatumoren, welcher Art dieselben auch sein mögen, eben so in den Ovarialtumoren, während es in den Hodentumoren und gewissen Knochensarkomen (den periostalen) stets vorhanden ist. Kein Glykogen

findet sich ferner in den Fibromen, Lipomen, Myxomen, Osteomen, Angiomen und glattzelligen Myomen, den Tuberkeln und Gummiknoten. Reich an Glykogen dagegen sind die Enchondrome, einzelne Sarkome, Carcinome und ein (von Marchand beobachtetes) Rhabdomyom. Nach Anführung einiger recht prägnanter Beispiele folgt dann eine kurze Besprechung über das Vorkommen von Glykogen an den menschlichen Eihäuten. **Hansemann** (Berlin).

---

6. **Pilliet.** Thrombose des veines mesaraiques.

(Progrès med. 1890. No. 25.)

Auf Grund mehrerer einschlägiger Beobachtungen entwirft P. ein Bild der klinischen Erscheinungen und des anatomischen Befundes bei Thrombose der Ven. mesaraicae. Der Beginn ist ein plötzlicher; der Unterleib wird aufgetrieben und außerordentlich schmerzhaft. Bisweilen tritt Hämatemesis ein; stets ist Stuhlverstopfung vorhanden. Die ganze Entwicklung ist eine rapide; in zwei, höchstens drei Tagen erfolgt der Exitus. Meist denkt man in diesen Fällen an Darmocclusion, wenn gleich Erbrechen fäkulenter Massen nicht beobachtet wird.

Die Läsionen, die er findet, erstrecken sich auf Därme und Mesenterium und man kann leicht sehen, dass die ersteren die ursprünglichen sind. Die Gewebe sind infiltrirt mit ausgetretenem Blut, die Schleimhaut ist brandig, das Epithel meist fehlend; in den Drüsen finden sich wahre Knäuel von Mikroben. Andererseits sind die Anfänge der Venen thrombosirt, das Mesenterium ist von Blut durchsetzt und Blutklumpen setzen sich in die großen Venenstämme hinein bis zur Hauptvene fort.

Am Schlusse giebt P. einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten der Diagnose, die oft sehr große sind.

M. Cohn (Berlin).

---

7. **Gussenbauer.** Über Ischias scoliotica.

(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 18 u. 19.)

Bereits im Jahre 1878 hat Verf. unter der Bezeichnung Ischias paradoxa und Scoliosis neuromuscularis Fälle beschrieben, bei denen im Anschluss an eine längere Zeit bestehende Ischias sich eine Ausbreitung der Schmerzen in die Sacrolumbalgegend und eine Schiefstellung des Stammes eingestellt hatte. Erst in neuerer Zeit haben andere Autoren ohne Kenntnis der obigen Publikation ähnliche Fälle mitgetheilt, doch ist die Litteratur hierüber immer noch eine spärliche.

In den vorliegenden Abhandlungen entwirft nun G. auf Grundlage einer Anzahl neuerdings von ihm gemachter Beobachtungen, so wie der von Anderen mitgetheilten Fälle ein Bild dieser Erkrankung. Es handelt sich um Individuen, die meist lange Zeit an ischiadischen und zwar in der Regel einseitigen Schmerzen leiden; dieselben lokali-

siren sich gewöhnlich nicht allein im Verlaufe des N. ischiadicus, sondern auch in den Hautmuskelästen desselben und in den dem Sacral- und Lumbalplexus angehörigen Hautnerven. Nach kürzerer oder längerer Zeit stellt sich allmählich oder plötzlich die eigenthümliche charakteristische Difformität am Stamme ein. Fast ausnahmslos besteht die Neigung des Stammes nach der schmerzfreien Seite hin; es findet sich demnach Skoliose im Lendensegment mit der Konvexität gegen die Ischiasseite gerichtet, in der Regel auch kompensatorische Skoliose im oberen Brustsegment; daneben bildet sich gewöhnlich eine geringe Kyphose der Lendenwirbelsäule und Rotation der Wirbelsäule in den skoliotisch verkrümmten Theilen derselben aus. In diagnostischer Hinsicht betont Verf., dass die Skoliose bei Suspension des Körpers sich ausgleicht, zuweilen beobachtet man solches auch schon bei horizontaler Rückenlage.

Bezüglich des Entstehens der Difformität stimmt Verf. im Wesentlichen mit der Ansicht Kocher's (von dem die im Titel angeführte Bezeichnung herrührt) und dessen Schülers Schüdel überein, in so weit sie die Skoliose und die übrigen Erscheinungen an der Wirbelsäule auf Insufficienz des Erector trunci zurückführen; während jedoch jene Autoren als Ursache dieser Insufficienz die Mitbetheiligung eines vom 2. Sacralnerven zum Sacrolumbalis hinaufziehenden Nervenastes beschuldigen, möchte Verf. nicht minder einer Muskelnervendehnung bei der Ätiologie der Erkrankung das Wort reden, die nach den Erfahrungen G.'s einerseits durch traumatische Einflüsse, andererseits im Gefolge der Ischias durch das abnorme Verhalten des Kranken in Folge der Schmerzen bedingt sein können.

Entsprechend diesen Anschauungen über Wesen und Entstehung des Leidens hat Verf. bei der Behandlung methodisch die Massage der Strecker der Wirbelsäule, der Glutäalmuskeln und des von der Ischias befallenen Beines in Kombination mit Muskelübungen und Elektricität angewendet und mit diesem Verfahren die günstigsten Resultate erzielt.

E. Schütz (Prag).

---

8. **E. Salkowski.** Über die Zusammensetzung und Anwendbarkeit des käuflichen Saccharins. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathologischen Instituts zu Berlin.)

(Virchow's Archiv Bd. CXX. p. 325—367.)

S. konstatirt zunächst, dass in dem käuflichen Saccharin die nicht süße Parasulfaminbenzoesäure enthalten ist, welche bei Hunden nach Fütterung mit Saccharin unverändert in den Harn übergeht. Die Menge dieser Verunreinigung ist in der letzten Zeit geringer geworden. Erheblich reiner ist das »lösliche« an Natron gebundene Saccharin.

Die Untersuchungen über etwaige gesundheitsschädliche Eigenschaften des Saccharins sind mit dem käuflichen, also durch Parasulfaminbenzoesäure verunreinigten Präparat angestellt.

»Dass das Saccharin ungiftig sei — im engeren Sinne des Wortes — darin stimmen alle Beobachter überein.« Dagegen wird die nach längerem Gebrauch eintretende Nachempfindung des süßen Geschmacks, welche sich nicht auf die Zunge beschränkt, sondern sich über die ganze Mundhöhle, namentlich den weichen Gaumen, erstreckt, die Ursache einer zuweilen sogar äußerst quälenden Belästigung.

Des Weiteren kritisirt S. den Bericht der zur Prüfung des Saccharins niedergesetzten französischen Kommission. Er zeigt, dass das für das Saccharin ungünstig lautende Urtheil auf nicht beweiskräftigen Versuchen beruht.

Einen wesentlichen, für die praktische Verwendung in Betracht kommenden Einfluss auf die diastatische Wirkung des Speichels oder Pankreassaftes hat das Saccharin nicht. Nur in so fern es eine Säure enthält, wirkt es außerhalb des Körpers, eben so wie entsprechend verdünnte Salzsäure oder andere organische Säuren hemmend auf die Saccharifikation; neutralisirt man die Lösung, so zeigt sich kein Unterschied zwischen der Einwirkung von Diastase auf eine mit oder ohne Saccharin bereitete Stärkelösung.

Das Saccharin stört die Pepsinverdauung in schwacher Koncentration in geringem Grade, in stärkerer Koncentration erheblich, dagegen nicht die Trypsinverdauung.

Dass aber die ersteren außerhalb des Körpers mit künstlichen Verdauungsmischungen gewonnenen Resultate nicht ohne Weiteres auf die Magenverdauung des Menschen übertragen werden dürfen, lehren Versuche, in denen Zuckerlösung die Peptonisirung außerhalb des Körpers unvergleichlich mehr störte, als eine Saccharinlösung von gleicher Süßigkeit, und dass auch sonst für recht harmlos geltender Moselwein ganz erheblich störend wirkt, eben so wie in den Versuchen von Buchner Bier u. A. m.

Die geringen antiseptischen Eigenschaften des Saccharins sind ohne Bedeutung. Mit Rücksicht auf das allgemeine Interesse, welches die »Saccharinfrage« hat, sei der Schluss der Arbeit von S. wörtlich angeführt.

»Das absolute Verbot der Anwendung des Saccharins würde meiner Ansicht nach also ganz ungerechtfertigt sein, so wenig Grund vorliegt, die allgemeine Anwendung von Saccharin statt Zucker zu begünstigen. Daraus folgt aber noch nicht, dass dasselbe unbedingt frei zu geben ist, im Gegentheil, es liegen Momente vor, welche dafür sprechen, der Anwendung desselben gewisse Beschränkungen aufzuerlegen.

Zieht man in Betracht, dass das Saccharin nach der Angabe von Worms manchen Personen Beschwerden verursacht, so wie weiterhin, dass der Käufer saccharinirter Nahrungsmittel unter Umständen eine gewisse materielle Schädigung erleidet, wenn ihm dieselbe auch nicht zum Bewusstsein kommt, so erhebt sich die Frage als eine wohlberechtigte, ob der Konsument nicht ein Anrecht darauf hat, zu

erfahren, ob er saccharinirte Nahrungsmittel an Stelle gezuckerter bekommt, damit ihm die Möglichkeit der Wahl gewahrt bleibe. Diese Frage möchte wohl zu bejahen sein, um so mehr, als der principielle Ersatz von Zucker durch Saccharin nicht im allgemeinen Interesse liegt, sondern lediglich im Interesse der Saccharinfabrikanten. Die Auferlegung des Deklarationszwanges, welchem bei den meisten Nahrungsmitteln ohne erhebliche Schwierigkeit genügt werden könnte, würde keine Unbilligkeit einschließen. **F. Röhmann** (Breslau).

---

9. **F. Jessen.** Zur Wirkung des Saccharins.

(Archiv für Hygiene Bd. X. Hft. 1.)

Die in K. B. Lehmann's Laboratorium ausgeführten Untersuchungen von J. ergaben, dass sowohl das Saccharinum purum, wie das Saccharinum solubile (das wegen seiner Löslichkeit jetzt vorwiegend im Gebrauch befindliche Natronsalz der als Saccharin bezeichneten Anhydroorthosulfaminbenzoesäure) eine außerordentliche Süßkraft besitzen. Um festzustellen, ob sein dauernder Gebrauch nachtheilige Folgen für den Organismus mit sich führt, erhielten 9 Personen 1 Monat lang 0,1, 2 weitere Monate 0,2 g täglich — ohne die geringsten subjektiven und objektiven Beschwerden. Es zeigte sich ferner, dass das Saccharinum purum die diastatische Wirkung des Ptyalins ziemlich stark hemmt; es handelt sich hier aber nur um Säurewirkung; das Saccharinum solubile hemmt die Reaktion nicht im mindesten. Dagegen wird die Peptonisirung des Eiweiß durch beide Präparate verlangsamt, eine Wirkung, die sie mit dem Alkohol und wahrscheinlich den meisten Gewürzen theilen. Die Ausnutzung der aufgenommenen Nahrung wird indess, wie ein Selbstversuch des Verf. mit Milchnahrung zeigte, durch gleichzeitigen Saccharingebrauch nicht beeinträchtigt. Das Saccharin erscheint im Harn nach $2^1/_2$ Stunden und ist nach 24 Stunden völlig ausgeschieden, wie der Verf. gleichfalls an sich nach einmaliger Einverleibung von 5 g konstatirte; Eiweiß trat hierbei nicht auf, so dass selbst diese enorme Dosis keine Reizung der Nierenepithelien hervorruft. — Das Saccharinum purum besitzt übrigens in mäßigem Grade die Fähigkeit, Gährungs- und Fäulnispilze zu hemmen; auf pathogene Pilze, denen ein guter Nährboden zur Verfügung steht, ist es ohne Einfluss. Von dem Saccharinum solubile war nur auf Milchsäurebacillen eine schwach hemmende Wirkung zu konstatiren. **Strassmann** (Berlin).

---

10. **Ehrlich** und **Leppmann.** Über schmerzstillende Wirkung des Methylenblau.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 23. p. 493—494.)

Für den Aufbau einer cellularen Therapie, einer lokalisirten Organtherapie öffnen sich neue Bahnen durch die Benutzung des Methylenblau, dessen Verbreitungsgesetze nach den Studien Ehrlich's eine auffallende Verwandtschaft zum Nervensystem, vor Allem zu

den Achsencylindern der sensiblen und sensorischen Nerven zeigen. Die beiden Autoren beabsichtigen hier die praktische Ausmittelung der schmerzstillenden Wirkung zu prüfen. Zu ihren Versuchen benutzten sie chemisch reines, chlorzinkfreies Methylenblau, welches sie subkutan in Einzeldosen bis zu 0,05 (2 %ige Lösung) einführten, oder, was meist zweckmäßiger erschien, Verordnungen des fein gepulverten Präparates 0,1—0,5 in Gelatinekapseln trafen; die höchste Tagesdose blieb 1,0. Die Injektionen waren schmerzlos und, abgesehen von einer teigig weichen Geschwulst, welche bisweilen einige Tage bestehen blieb, auch reaktionslos. Bei keiner Art der Verabreichung traten schädliche Nebenwirkungen auf. Der Appetit und die Verdauung, der Puls und der Kräftezustand erfuhr keine Veränderung, nur zweimal trat unter besonderen Umständen Erbrechen auf, das eine Mal bei einem blutarmen Herzkranken, und das zweite Mal bei einem akuten Magenkatarrh. Das Methylenblau wurde ungemein rasch resorbirt, auch nach kleinster Dosis erschien $^1/_4$ Stunde nach der Verabreichung (subkutan oder per os) der Urin hellgrün, nach 2 Stunden dunkelgrün, nach 4 Stunden dunkelblau; bisweilen trat die Färbung erst nach dem Erhitzen oder nach einigem Stehen ein (Leukomethylenblau). Der Urin enthielt niemals pathologische Bestandtheile; am Speichel und den Fäces war eine bläuliche bis blaue Färbung zu bemerken, dagegen wurde ein bläulicher Anflug der Haut, der Schleimhäute oder der Sclerae nicht beobachtet. Die therapeutischen Ergebnisse lassen sich dahin zusammenfassen, dass bei bestimmten Formen schmerzhafter Lokalaffektionen, d. h. bei allen neuritischen Processen und bei rheumatischen Affektionen der Muskeln, Gelenke und Sehnenscheiden, das Mittel schmerzstillend wirkt. Die Wirkung ist eine höchst eigenartige, in der Weise, dass sie ausnahmslos erst einige, gewöhnlich 2 Stunden nach der Einverleibung beginnt, sich bei gehöriger Dosis (0,06 in Injektion oder 0,1—0,25 per os) allmählich, wiederum in Stunden, steigert bis zu erheblichem Nachlass oder bis zu völliger Schmerzlosigkeit. Diese eigenthümliche Wirkung erklärt sich durch die schon früher von Ehrlich mitgetheilte Thatsache, dass nach Injektionen von Methylenblau in das lebende Thier die sofort auftretende Färbung der Nerven im Laufe der ersten Stunden eine Änderung dadurch erfährt, dass an die Stelle der zunächst diffusen Bläuung unregelmäßige, intensiv blaue Körnchen in den Achsencylindern der Nervenstämme treten, welche schließlich — wohl auf mechanischem Wege — aus den Nerven eliminirt werden. Es scheint sich also um die Bildung einer unlöslichen Verbindung zwischen dem Farbstoff und gewissen Bestandtheilen der Nervensubstanz zu handeln, welche durch die Veränderung des chemischen Zustandes der Nerven zeitweise schmerzlindernd wirkt. Die Wirkung ist eine rein schmerzstillende, ohne jeden Einfluss auf die Entzündungsvorgänge selbst; ein Nachlass des analgetischen Einflusses bei längerem Fortgebrauch scheint dem Methylenblau nicht anzuhaften. Bei Dolores osteocopi einer Lues,

bei heftiger Schmerzhaftigkeit eines Magengeschwürs entfaltete das Mittel keinen Einfluss, eben so nicht auf allgemeine neurasthenische Symptome. Wesentlich antipyretische Eigenschaften wurden nicht gefunden. Bei zwei Fällen von angiospastischer Migräne koupirte das Methylenblau einmal den Anfall, das andere Mal kürzte es ihn ab und erleichterte ihn; dabei ist für die theoretische Erklärung wichtig, daran zu erinnern, dass Ehrlich gefunden hat, dass sich außer den Gefäßnervenplexus bestimmte Muskelfasern der Gefäßwände, augenscheinlich Vasokonstriktoren, durch Methylenblau färben. Über die Vorzüge des Mittels gegenüber anderen schmerzstillenden Arzneien liegen noch keine entscheidenden Resultate vor; gegenüber dem Antipyrin hat es den Vorzug der kleineren Dosis, der Schmerzlosigkeit bei der Injektion und der größeren Billigkeit. Der verzögerte Eintritt der Methylenblauwirkung, welcher im Allgemeinen kein Vortheil ist, lässt sich durch einen entsprechenden (anteponirenden) Modus der Darreichung dieser Unannehmlichkeit entkleiden; möglich aber, dass gerade diese Eigenschaft das Mittel zu Kombinationen mit anderen Medikamenten, z. B. zur Verlängerung der Schmerzlosigkeitsperiode nach Morphium, geeignet macht. **Prior** (Köln).

---

11. **G. Sée.** Usages du cannabis indica dans le traitement des névrose et dyspepsies gastriques. (Anwendung der Cannabis indica in der Behandlung der Neurosen und gastrischen Dyspepsien.)

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 31—34.)

In der Festnummer zum X. internationalen medicinischen Kongress und in den drei folgenden Nummern bespricht S. in ausführlicher Weise die Pharmakologie der Cannabis indica, giebt ferner einen allgemeinen Überblick über die Neurosen des Magens und die gastrischen Dyspepsien und bespricht schließlich die Anwendung der Cannabis in den verschiedenen Fällen. Die Cannabis indica ist in Gestalt des festen Extraktes in der Dosis von 0,05 pro die, in 3 Dosen getheilt, in flüssiger Form zu verordnen. Über diese Dosis hinaus wirkt sie giftig und diese Giftigkeit äußert sich vornehmlich durch Trunkenheit. Sie ist von konstanter Wirkung zur Beseitigung der Schmerzempfindungen und zur Wiederherstellung des Appetits, unter welchen Verhältnissen auch die Schmerzen und die Appetitlosigkeit auftreten mögen. Hängen sie jedoch von einer Hyperacidität ab, so ist eine Unterstützung der Wirkung der Cannabis durch den Gebrauch großer Dosen Natrium bicarbonicum am Ende der Magenverdauung unerlässlich. Auf Atonien und Dilatationen des Magens hat Cannabis keine Wirkung, dagegen wirkt sie günstig auf die Magenkrämpfe und das Erbrechen neuromotorischer Art. Eben so wirkt sie günstig auf die unangenehmen Empfindungen, wie sie unter der Bezeichnung Pyrosis durch die Gährungsgase zu Stande kommen. Die Magenverdauung wird durch die Cannabis begünstigt, wenn jene

durch einen neuroparalytischen Zustand verlangsamt oder durch die Hyperacidität schmerzhaft ist. Sie bedingt keine Besserung in der Verdauung der Individuen mit Anacidität, höchstens macht sie dieselbe weniger unangenehm. Auch die Darmverdauung profitirt von den beruhigenden Eigenschaften der Cannabis. Es gelingt auch oft, die örtlich entfernten Erscheinungen, wie Schwindel, Migräne, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Dyspnoe zum Verschwinden zu bringen, kurz die Cannabis ist das wirkliche Sedativum des Magens. Aber die Wirkung der Cannabis verlangt noch die Anwendung anderer sie ergänzender Heilmethoden, wie der Alkalien in großen Dosen, gewisser Abführmittel, und namentlich Regelung der Diät, wie sie sich aus den neueren Untersuchungen der Physiologie über den Zusammenhang von Magen und Darm als zweckmäßig erweist. **Seifert** (Würzburg).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

12. **Dehio.** Der Pulsus bigeminus als Grundform des intermittirenden Pulses.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 19.)

Verf. führt des Näheren aus, dass die verschiedenen Modifikationen des Pulsus bigeminus sich nur dadurch von einander unterscheiden, dass der zweite Herzschlag successiv schwächer und schwächer wird, so dass schließlich Fälle eintreten müssen, wo der zweite Schlag so schwach wird, dass er überhaupt nicht mehr nachgewiesen werden kann, und somit eine vollständige, wahre Intermittenz des Pulses eintritt. Vom gewöhnlichen, typischen Pulsus bigeminus bis zur wahren Intermittenz des Herzens leitet eine kontinuirliche Reihe von Übergangsformen hin, die alle als Abstufungen des interkurrenten Pulsus bigeminus aufzufassen sind. Verf. spricht auch den Gedanken aus, dass allen diesen Pulsformen eine wesentlich gleiche und nur quantitativ und graduell verschiedene Ursache zu Grunde liegt, und fügt zur Illustrirung seiner Anschauung eine Reihe Krankengeschichten mit den dazu gehörigen Pulskurven bei. **Markwald** (Gießen).

13. **A. G. Miller.** Case of intestinal obstruction successfully treated by laparotomy.

(Edinb. med. journ. 1890. April.)

Bei einer 60jährigen Frau entwickelten sich in akuter Weise die Symptome des Darmverschlusses. Bei der Untersuchung per rectum kam man, so schien es, in einer Entfernung von etwa 12 Zoll auf ein Hindernis, das mit dem elastischen Rohre nicht zu passiren war; es ließ sich nur eine kleine Quantität Flüssigkeit in den Dickdarm einbringen. Bei der Laparotomie zeigte es sich, dass das reelle Hindernis nicht im Dickdarm lag — derselbe war in der Gegend der Flexura sigmoides tonisch kontrahirt; der Verschluss fand sich vielmehr im Dünndarm, bedingt durch eine alte strangartige Adhäsion. Nach Beseitigung derselben löste sich auch die Kontraktur im Dickdarm. Es trat Heilung ein. Das Interesse des Falles liegt in der durch die oben geschilderten Umstände veranlassten Diagnose auf Verschließung im Bereiche des Dickdarmes. Sehr richtig war es gewiss, dass Verf. die Operation schon am Tage nach dem Eintritt der Pat. ins Hospital machte, 3 Tage nach dem vermuthlichen Beginne der Occlusion. **Küssner** (Halle).

14. **Barr.** A case of varix of the stomach; haematemesis; death; necropsy.

(Lancet 1889. December 14.)

Ein 30jähriger Arbeiter, welcher vor 5 Jahren eine akute Nephritis gehabt, die allmählich in eine leichte chronische Form übergegangen war, suchte wegen

Athemnoth und Schmerzen in der Brust das Spital auf und bekam dort rasch hinter einander mehrmaliges starkes Blutbrechen, in Folge dessen er rasch zu Grunde ging. Die Sektion ergab: chronische parenchymatöse Nephritis; Verwachsung des Magens nahe der Cardia mit der Milz; entsprechend der Stelle der Verwachsungen in der Magenschleimhaut eine starke, geborstene, aber thrombosirte Vene; kein Magengeschwür; anämische Milz mit verdickter Kapsel; in den übrigen Organen nur Zeichen der Anämie. **O. Körner** (Frankfurt a/M.).

15. **Gonda.** Ein seltener Fall von allgemeiner Diphtherie.

(Pester med.-chir. Presse 1890. April.)

Ein an Scarlatina erkranktes 12jähriges Mädchen bot ausgebreitete Diphtherie der Rachen- und Mundschleimhaut, der sich später Diphtherie der Nasenhöhle beigesellte. Am 4. Tage wurden die Ränder der großen Labien in fingerbreiter Ausdehnung speckig, die Schleimhaut schmutzig weiß, am folgenden Tage wurde die Haut beider Ellbogen in handtellergroßer Ausdehnung davon ergriffen, der Geschwürsgrund war speckig belegt, die Wunde scharf begrenzt; ähnliche Veränderungen bestanden auch noch an sämmtlichen Nagelgliedern der Finger und an den Knöcheln der Füße. Tod nach 10 Tagen. **Rosin** (Breslau).

16. **Natanson.** Ein Fall von Influenza mit Pleuropneumonie und doppelseitiger Iridochorioiditis embolica.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1890. No. 24.)

17. **Schapringer.** Inflammation of Tenon's capsule as a result of Influenza.

(Med. record 1890. Juni 14.)

In dem von N. beschriebenen Falle handelt es sich um einen 51jährigen Pat., bei welchem im Verlaufe einer aus der Influenza hervorgegangenen Pneumonie mit nachfolgender Betheiligung der Pleura eine Entzündung des Uvealtractus beiderseits aufgetreten ist, welche einen rapiden und malignen Verlauf nahm, indem sie in kaum 2—3 Tagen zu vollständiger Erblindung führte. N. steht nicht an, eine Embolie in der Chorioidea als ursächliches Moment anzunehmen. Da Flockensehen und Umnebelung des Gesichtsfeldes (durch Glaskörpertrübungen bedingt) die Scene eröffnet haben und erst nach mehreren Tagen Schmerzen hinzugetreten sind, so meint Verf., dass sich der Entzündungsprocess zunächst in der Aderhaut abgespielt hat und von derselben aus sekundär der Ciliarkörper und die Iris in Mitleidenschaft gezogen worden sind. —

In No. 24 d. Wochenschrift referirten wir über 4 von Fuchs mitgetheilte Fälle von Tenonitis i. e. Entzündung des zwischen Sklera und Tenon'scher Kapsel gelegenen Raumes nach Influenza. Über einen solchen Fall berichtet auch S., und zwar handelte es sich um eitrige Tenonitis, deren mittelbarer Zusammenhang mit der Influenza sicher festzustellen war. **M. Cohn** (Berlin).

18. **Fukala.** Über die Oculomotoriusparese nach der Influenza.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 26.)

Alle Accommodationslähmungen nach Influenza sind charakterisirt dadurch, dass sie hartnäckig sind. F. theilt 2 Fälle mit, wagt es jedoch nicht auszusprechen, ob die Accommodation sich in seinen Fällen bessern werde.

Als auffallendes Symptom hebt F. noch hervor, dass die Accommodations- und Oculomotoriuslähmung nach Influenza in ungleicher Weise auftritt, wenn sie beide Augen ergreift. **A. Kronfeld** (Wien).

19. **Pflüger.** Die Erkrankungen des Sehorgans im Gefolge der Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 27.)

20. **Greeff.** Influenza und Augenerkrankungen.

(Ibid.)

P. giebt im ersten Theile seiner Arbeit eine Übersicht seiner mannigfaltigen Beobachtungen von Erkrankungen des Sehorgans im Gefolge der Influenza. Sy-

stematisch vorgehend beschreibt er zunächst die Affektionen von Conjunctiva und Cornea. Hyperämie der Conjunctiva war außerordentlich häufig, während eigentliche Conjunctivitiden viel seltener beobachtet wurden, und zwar als Conjunctivitis mucipara mit mäßigem bis reichlichem Sekret, in einem Falle als hochgradige Blepharoconjunctivitis acuta. In 2 Fällen hatte die Bindehautentzündung deutlich fibrinös-krupösen Charakter, in manchen Fällen trat sie auf in der Form des Schwellungskatarrhes mit Lidödem. Manchmal war die Conjunctivitis der Vorläufer der ekzematösen Entzündung, die auf Conjunctiva und Limbus beschränkt blieb oder auch auf die Cornea übergriff. Herpes corneae wurde 1mal, Keratitis punctata superficialis und centrale parenchymatöse Keratitis je 2mal beobachtet.

Von Uvealleiden sind zu erwähnen 2 Fälle von Iritis bei 2 Männern in einem Falle einseitig, im anderen doppelseitig, so wie eine akute einseitige Glaskörpertrübung bei einem 40jährigen Manne. Ferner eine Uveïtis totalis purulenta und ein hämorrhagisches Glaukom. An die Erkrankungen der Uvea reiht P. seine Beobachtungen über Neuritis optica: 4 Fälle von Neuritis optica retrobulbaris und 2 Fälle von typischer Papillitis. Von entzündlicher Exophthalmie wurden 2 Fälle beobachtet.

Den Schluss bilden die Augenmuskellähmungen: je 1mal vollständige Lähmung der Accommodation; Parese des Rectus internus dextra; Kernlähmung des Oculomotorius, Abducens und Trochlearis; doppelseitige Oculomotoriuslähmung; doppelseitige Trochlearislähmung.

Im zweiten Theile seiner Arbeit giebt P. sodann eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Erfahrungen in Bezug auf die Erkrankungen des Sehorgans im Gefolge der Influenza und bespricht schließlich den Zusammenhang der Krankheitserscheinungen und die Theorien über ihr Zustandekommen. —

In der G.'schen Arbeit sind die in der Berliner Universitätsklinik gemachten Erfahrungen niedergelegt. Die Gesammtzahl der Erkrankungen war während der Influenzaperiode nicht wesentlich vermehrt. Auch ist keine Erkrankung beobachtet worden, die etwas Charakteristisches für die Influenza gezeigt hätte, keine ist auffallend oft vorgekommen. Dasselbe findet G. in allen bisherigen Veröffentlichungen. So steht G. der von vielen Seiten behaupteten Zusammengehörigkeit von Augenerkrankungen und Influenza sehr skeptisch gegenüber: Bei der immensen Verbreitung der Epidemie ist es wahrscheinlich, dass auch die selteneren Augenerkrankungen während dieser Zeit vorgekommen sein müssen. Die Anamnese ist meist nur eine unsichere, den Angaben der Pat., dass sie die Influenza gehabt haben, nur selten zu trauen. **M. Cohn** (Berlin).

21. **Schwimmer.** Über einige durch Influenza bedingte Hautkrankheiten.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 37.)

Folgende Hauterkrankungen hat S. in unmittelbarem Zusammenhange mit der Influenza beobachtet:

1) Herpesformen. Meist Herpes labialis, 2mal Herpes iris und circinatus in Verbindung mit Erythema iris und circinatum.

2) Erythema. In 3 Fällen ausgebreitetes Erythema exsudativum multiforme. Ferner die von den Franzosen sogenannten Rashformen, mit Desquamation endende, scharlachähnliche Färbung zeigende Exantheme.

3) Urticaria. Diese wurde 4mal, 2mal in Form der Urticaria papulosa mit längerer Dauer beobachtet.

4) Morbillöse Exantheme. Dieselben traten bei zwei jugendlichen Individuen im Anschluss an schwere Influenza auf und zeigten alle Attribute der Morbillen.

Schließlich sah S. nach Influenza bei 3 Individuen, die niemals vorher an Psoriasis gelitten hatten, eine ausgedehnte Psoriasiseruption.

Zur Erklärung dieser Erscheinungen nimmt S. eine angioneurotische Affektion an, verursacht durch den Erreger der Influenza in derselben Weise wie die Masern-Scharlach-Variola- etc. Exantheme als Ausdruck der jeweiligen durch den specifischen Bacillus hervorgebrachten Krankheitsform zu betrachten sind.

M. Cohn (Berlin).

22. **G. Finzi** (Bologna). Herpes zoster in seguito ad influenza.

(Bullet. delle scienze med. 1890. Mai u. Juni.)

Im Verlauf der Influenza und im Anschluss an dieselbe sind eine große Zahl von Nebenerkrankungen aufgetreten, welche sich in den verschiedensten Nervenbahnen abspielen, auch die verschiedensten Formen von Hauterkrankungen kamen zur Beobachtung. F. stellt summarisch dasjenige zusammen, was die diesjährige Influenzaepidemie mit Bezug auf solche Komplikationen gelehrt hat; daraus lässt sich ersehen, dass die Gürtelrose nur äußerst selten mit der Influenza in Verbindung stand. Diesem Ergebnis fügt F. die Krankengeschichte eines 17jährigen Mädchens an, welches schon gleich im Beginn der Influenza von rheumatischen und neuralgischen Schmerzen gequält wurde; endlich bildete sich ein typischer rechtsseitiger Herpes Zoster im 7. Intercostalraum aus; auf Antipyrinanwendung hin ließ der Schmerz sehr rasch nach und in 8—10 Tagen war die Krankheit abgelaufen.

Prior (Köln).

23. **F. Peterson.** A case of locomotor ataxia associated with nuclear cranial nerve palsies and with muscular atrophies.

(Journ. of nerv. and ment. diseases 1890. No. 7.)

Die Vorgeschichte des Falles wurde von Seguin in The journ. of nerv. and ment. diseases 1885 No. 5 gebracht. Er betrifft einen 37jährigen Mann, der 1875 Schanker und sekundäre Symptome gezeigt hatte. 1882 trat plötzlich Sehschwäche und links Strabismus divergens ein; etwas später stellten sich lancinirende Schmerzen ein; 1883 ein epileptiformer Anfall. 1884 partielle doppelseitige Ptose. Rechts Rect. intern., Obliquus infer. und Sphincter iridis paralytisch, Rectus superior und inferior paretisch. Parese des linken Oculomotorius. Pupillen auf Lichtreiz und Accommodation reaktionslos. Lähmung des linken Facialis und Schwäche der linken Hand. Steigerung der Kniephänomene. 1885 stellte sich die Motilität des linken Auges wieder her; es zeigte sich Parese und Atrophie der Mm. temporales und der Masseteren, später Parese der Pterygoidei, 1888 Abnahme der Stärke des Kniephänomens. Alle externen und internen Augenmuskeln sind rechts gelähmt, nur der Externus ist paretisch und zeigt beim Intendiren klonische Zuckungen. Links zeigen nur die Obliqui sup. und infer. einen Rest von Beweglichkeit. Dazu kommen die Symptome ausgebildeter Tabes. Die Kniephänomene sind jetzt erloschen. Daneben bestehen myotrophische Störungen, Atrophie des rechten M. trapezius, des Abductor digiti minimi, der Interossei und Lumbricales, Paralyse der Extensoren des Daumens auf der linken Seite, rechts Atrophie des Abductor und Opponens pollicis. Die Adductoren der Oberschenkel sind atrophirt. Es besteht mehr oder minder ausgeprägte elektrische Entartungsreaktion in den atrophirten Muskeln.

Es handelt sich also in dem vorliegenden Falle um Kombination von Polioencephalitis sup. und chronischer Poliomyelitis mit Sklerose der Hinterstränge.

J. Ruhemann (Berlin).

24. **Kretz.** Über einen Fall von Syringomyelie.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 25 u. 26.)

Bei einem 39jährigen Manne hatte sich im Laufe von ca. 14 Jahren in sehr langsamer aber stetiger Progression das folgende Krankheitsbild entwickelt: degenerative Muskeltrophie, Paresen und Paralysen im Gebiete beider oberer Extremitäten, einzelner von Facialis und Accessorius versorgter Muskeln; taktile Hypoästhesie in mäßiger Verbreitung bei guter Lokalisation; ausgebreitete An- und Hypoalgesie und eine sehr ausgedehnte und hochgradige Herabsetzung des Temperatursinnes; ferner trophische Störungen verschiedener Art; Nystagmus; linke Schwerhörigkeit, verbunden mit subjektiven Geräuschempfindungen; es fehlt jede wesentliche Herabsetzung der psychischen Funktionen. Sensible und trophische Störungen waren die ersten Symptome.

Verf. bespricht sodann in ausführlicher Weise, welche Erkrankungen hier in Frage kommen könnten, und begründet die Diagnose: Syringomyelie.

M. Cohn (Berlin).

25. **Guinon.** Sur un cas d'hystéro-traumatisme.

(Progrès méd. 1890. No. 16.)

Nach einer Radiusfraktur stellte sich bei einem jungen Manne allmählich Verlust der Motilität und Sensibilität des betreffenden Armes ein. In der Meinung, dass Druck auf den Medianus veranlassendes Moment sei, wird ein operativer Eingriff unternommen, der aber nur vorübergehende Besserung bringt. G. begründet dann in ausführlicher Weise die Diagnose »traumatische Hysterie« und weist auf die Wichtigkeit solcher Fälle für Chirurgen und innere Kliniker hin. Die Détails müssen im Original nachgelesen werden. Die Prognose dieser Hysterien hält G. mit seinem Lehrer Charcot für recht ungünstig. **M. Cohn** (Berlin).

26. **A. Blitz** (Indianopolis). A typical case of ocular irritation, caused by chronic rhinitis, relieved by treatment of the nasal trouble.

(Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. Mai 10.)

Eine 50 Jahre alte Pat. klagte über unerträgliches Jucken über und unter beiden Augen, das anfallsweise auftrat, die unerträglichsten Grade erreichte und auch bisweilen mit einem Ausbruch kleiner, Serum enthaltender Bläschen verbunden war; die Anfälle blieben nur wenige Minuten aus und hatten an sich eine Dauer von einer Minute bis zu einer halben Stunde. Das Auge selbst wies, abgesehen von einer Schwellung beider Augenlider, welche auf kongestiven Zuständen beruhte, keine Erkrankung auf, nur eine ungemein große Reizbarkeit gegen Lichteinwirkung, so dass die Untersuchung kaum möglich war; fiel das Untersuchungslicht auf das Auge, so stellte sich der Anfall ein mit Nießattacken und Thränenträufeln. Die Untersuchung der Nase, welche B. gewohnheitsgemäß bei allen Augenkranken ausführt, zeigte eine hochgradige Schwellung der Schneiderschen Membran, eine solche Wucherung der unteren und mittleren Nasenmuschelregion, dass die Nase ganz für Luft undurchgänglich war; daneben war die Schleimhaut so empfindlich, dass die Berührung mit der Sonde als starker Schmerz empfunden wurde und dass Anfälle von Nießkrämpfen etc. ausgelöst wurden. Cocainbehandlung war erfolglos, während die galvanokaustische Behandlung geradezu Wunder schuf; sämmtliche Anfälle sistirten, kamen Anfangs nur andeutungsweise wieder und nach einem halben Jahre war die Pat. als geheilt zu betrachten, doch noch gegen Kälteeinwirkung empfindlich. **Prior** (Köln).

27. **E. Kromayer.** Zur Anatomie der Prurigo.

(Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis 1890. Hft. 1 u. 2.)

Dem Verf. stand zu seinen Untersuchungen nur gehärtete pruriginöse Haut zur Verfügung. Hier fand er den Prurigoknötchen entsprechende Verdickung der Epidermis, besonders des Stratum corneum, die in der Mehrzahl der Fälle mit einer Cystenbildung im Stratum corneum verbunden war. Diese Veränderungen lassen mit Sicherheit auf eine Betheiligung der Cutis durch Exsudat schließen. Die Prurigo beruht auf einer Alteration der Gefäße in den obersten Cutislagen und einer von dieser abhängigen Exsudation. Ob und unter welchen Bedingungen das Exsudat aber nur in der Cutis, oder in der Cutis und Epidermis, oder vorzugsweise in letzterer allein liegt, lässt sich nicht an gehärtetem, sondern nur an frischem Materiale feststellen. **Joseph** (Berlin).

28. **Gaudin.** L'Aristol dans les maladies de la peau.

(Journ. des malad. cut. et syph. 1890. No. 6.)

Das von Eichhoff zuerst empfohlene Aristol erwies sich nach den Untersuchungen des Verf. als ein ausgezeichnetes Mittel, um eine schnelle Vernarbung zu erzielen bei varikösen Unterschenkelgeschwüren, beim einfachen Schanker und bei den verschiedensten tertiären Ulcerationen, hier hat es vor dem Jodoform mannigfache Vorzüge. Dagegen hat es bei Lupus überhaupt keine und bei Psoriasis eine langsamere Einwirkung als die uns bekannten anderen Mittel. Erwähnt wird auch noch eine Beobachtung Brocq's, welcher bei Epithelialcarcinomen eine schnellere Vernarbung ausgedehnter Ulcerationen unter Aristolpulver eintreten sah.

Joseph (Berlin).

29. **Späth** (Esslingen). Ein Fall von Karbolsäurevergiftung mit Heilung.

(Med. Korrespondenzblatt des württemberg. ärztl. Landesvereins 1890. No. 14.)

Einer Frau wurden aus Versehen 2 Esslöffel einer 5%igen Karbollösung eingeflößt, glücklicherweise war ärztliche Hilfe und das nöthige Instrumentarium sofort zur Hand, so dass der Magen gründlich ausgespült und die Frau am Leben erhalten werden konnte. Immerhin war doch schon so viel Karbolsäure resorbirt worden, dass schwere Störungen von Seiten der nervösen Centren auftraten.

Seifert (Würzburg).

30. v. **Hofmann**. Ein Fall von Giftwirkung des Extractum filicis maris aethereum.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 26.)

Den in neuerer Zeit mehrfach bekannt gewordenen Fällen von Vergiftung durch den Gebrauch von Extr. fil. mar. aeth. fügt v. H. einen neuen hinzu:

Ein 5½jähriges Mädchen bekommt von der Mischung: Extr. fil. mar. aeth. 10,0 Hell. desp. 12,0 je ein Viertel am Abend zwischen ½9 und ½11 gereicht; drei Viertel werden im Ganzen nur genommen. Gegen 12 Uhr verlangt das Kind, das ganz munter war, auf den Stuhl und entleerte einen Theil des Bandwurms; da dem Kinde während des Abganges übel wurde, soll derselbe von der Großmutter abgerissen worden sein. Kurze Zeit darauf schlief das Kind ein; bald zeigte sich jedoch Übelkeit und der behandelnde Arzt traf das Kind somnolent. Er verabreichte schwarzen Kaffee, Kognak, Tokayer, machte Essigwaschungen etc. Trotzdem wurde der Zustand gefahrdrohend, indem sich Zuckungen von 1—2 Sekunden Dauer einstellten. Das Kind wurde soporös und unter Erscheinungen eines plötzlich eingetretenen Trismus von 10 Minuten Dauer starb dasselbe um ½4 Uhr Morgens.

Die Obduktion ergab neben einem Bandwurm von 416 cm Länge Tuberkulose der linken Lunge, des Bauchfelles und der Lymphdrüsen der Lungenpforte.

In dem beigefügten Gutachten führt v. H. aus, dass, wenn im vorliegenden Falle sich die Wirkung der Arznei so ganz ungewöhnlich gestaltete, die Ursache in dem krankhaften Zustande des kindlichen Organismus und der dadurch herabgesetzten Resistenz desselben gesucht werden muss. **M. Cohn** (Berlin).

Bücher-Anzeigen.

31. **B. Tarnowsky**. Prostitution und Abolitionismus.

Hamburg, **L. Voss**, 1890.

Die vorliegenden Briefe, ursprünglich als Anhang zum Internationalen Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane abgedruckt, sind jetzt gesondert in Buchform erschienen und wenden sich nunmehr, wie das Vorwort Prof. Zülzer's sagt, »nicht bloß an die Fachgenossen, sondern auch an den weiteren Kreis der gebildeten Leser überhaupt«. Die 14 Bogen starke Broschüre enthält einen in eigenartiger, fesselnder Weise und mit großer Verve, stellenweise fast leidenschaftlich geschriebenen Protest gegen den Abolitionismus, jene von England ausgehende Bewegung, die es sich zur Aufgabe gestellt hat, die Prostitution als legale oder geduldete Einrichtung, insbesondere die Reglementirung derselben aufzuheben. Bei uns in Deutschland, wo der Abolitionismus noch so gut wie gar keinen Boden gefunden und wo die Prostituirtenkontrolle als allgemeine Institution unangefochten besteht, wird man das Pathos und die Heftigkeit der T.'schen Sprache kaum verstehen; in England und Italien, wo die aller polizeilichen Bevormundung abholde radikale bürgerliche Demokratie den Sieg über die Anhänger der Reglementirung davongetragen, in Frankreich, insbesondere in Paris, wo eben diese Klasse unter Führung des jetzigen Ministers der öffentlichen Arbeiten, Yves Guyot, einen lärmenden und

nicht aussichtslosen Kampf gegen die hier auch in besonders hässlicher Form auftretende Sittenkontrolle führt, werden die Ausführungen des russischen Arztes, der jetzt auch im eigenen Lande den Abolitionismus sein Haupt erheben sieht, auf fruchtbaren Boden fallen. T. deckt mit großem Geschick die Schwächen in der Beweisführung der Abolitionisten auf und weiß mit zahlreichen Gründen die Nothwendigkeit einer geregelten sanitätlichen Kontrolle der Prostitution zu begründen. Im großen Ganzen kann man sich mit der Tendenz des T.'schen Buches einverstanden erklären, doch schießt der Autor unseres Erachtens an verschiedenen Punkten weit über das Ziel hinaus und wird dort voraussichtlich eine lebhafte und nicht unberechtigte Entgegnung seitens der Abolitionisten zu gewärtigen haben. Vor Allem schlägt T. den Werth der Prostituirtenkontrolle für die Syphilisprophylaxe zu hoch an; man kann dieselbe nur als eine — und vielleicht nicht einmal als die wesentlichste — derjenigen Maßnahmen betrachten, welche seitens der Gesellschaft gegenüber der Verbreitung der venerischen Krankheiten getroffen werden können. Gerade die Überschätzung des Kontrollsystems hat zur Vernachlässigung aller übrigen Maßnahmen geführt und so wiederum die Prostituirtenuntersuchung oft ganz oder doch fast ganz unwirksam gemacht. Die Untersuchungen von Speck, Stonkowenkow, Giersing, Chaufleury u. A. haben diese Thatsache zur Genüge erwiesen, und gerade die Unwirksamkeit der Prostituirtenkontrolle ist stets der Haupthebel in der Argumentation der Abolitionisten gewesen. — Von Grund aus verfehlt erscheint mir aber die höchst eigenthümliche Auffassung T.'s vom Wesen der Prostitution, nach welcher diese keineswegs die Folge irgend welcher socialen Bedingungen, sondern der natürliche Ausdruck angeborener Lasterhaftigkeit ist. Dieser Gedanke, welcher sich als leitender Faden durch die gesammten Ausführungen T.'s hindurchzieht, und auf welchen er noch mehr fast als auf die sanitären Gründe die Nothwendigkeit der Reglementirung aufbaut, erscheint in der krassen Form, wie T. ihn fast auf jeder Seite seiner Schrift hervortreten lässt, geradezu als eine Ungeheuerlichkeit. »Weder Unbekanntschaft mit den Grundsätzen der Moral und Religion, noch Mangel an Erwerb, noch Obdachlosigkeit, noch trostlose Armuth .... nicht die äußeren Lebensverhältnisse, sondern ihre innere Organisation selbst, ihre lasterhafte Veranlagung .... ist es, was diese Weiber ihrem direkten Vortheil, Verstand und allen Warnungen entgegen zu diesem ‚verfluchten' Leben hinzieht.« Gewiss, nicht die willensstarken, ernst und arbeitsam veranlagten ihres Geschlechts werden oft oder leicht der Prostitution zum Opfer fallen; angeborne Trägheit, Sinnlichkeit, Genusssucht, Liederlichkeit und Energielosigkeit werden ein Weib leichter zum Fall prädisponirt machen — aber wie verschwindend selten kommt es vor, dass eine mit solchen Eigenschaften begabte Frau aus der »guten Gesellschaft« zur Prostituirten wird? Vom kleinsten Zufall hängt es oft ab, ob ein Weib zur verworfenen Dirne wird, oder zur züchtigen Gattin und Mutter, die als würdige, sittenreine und sittenstrenge Matrone ihre Tage beschließt.

Die Grundlage der T.'schen Anschauungen bilden offenbar die anthropometrischen Untersuchungen von Dr. Pauline Tarnowsky, welche zu dem Ergebnis geführt haben, dass die professionellen Prostituirten auffallend häufig Zeichen physischer Entartung zeigten, woraus wieder geschlossen wird, dass dieselben »meist krankhafte, oder in ihrer Entwicklung gehemmte, mit ungünstiger Heredität behaftete Geschöpfe sind; sie weisen unzweifelhaft physische und psychische Degenerationszeichen auf, und ihre Abweichung von normalen Weibern prägt sich am deutlichsten in dem Mangel ethischer Vorstellungen und in der Geschlechtsfunktion aus«. Die Untersuchungen, welche an 150 Petersburger Bordelldirnen ausgeführt wurden, bedürften vor Allem einer anderweitigen, namentlich in anderen Ländern auszuführenden Nachprüfung; aber auch die in Petersburg gewonnenen Resultate fordern bei näherem Hinsehen doch mannigfache Bedenken heraus; Hutchinson'sche Zähne, Anomalien der Ohrmuschel und der Extremitäten kann man eben so wenig als wichtige Degenerationsmerkmale bezeichnen, wie Schwindsucht der Eltern als ein die Entartung der Nachkommenschaft bedingendes Moment. Der Mangel ethischer Vorstellungen ist oft genug Folge mangelhafter oder schlechter

Erziehung, und die Lügenhaftigkeit, die Frechheit, der Mangel an Häuslichkeit und an Sinn für Wirthschaftlichkeit — alle diese Eigenschaften, welche man so häufig bei Dirnen zu beobachten Gelegenheit hat und welche T. sämmtlich auf eine im Grunde lasterhafte »Veranlagung« zurückführt, sind in den meisten Fällen erst die unausbleibliche Folge der Prostitution, sind die Symptome eines moralischen Verfalls, der mit dem ganzen recht- und schutzlosen Dasein der Dirnen, ihrem vogelfreien und unsicheren Leben, vor Allem aber mit der tagtäglich sich wiederholenden Prostitution ihres Körpers naturgemäß eintreten muss.

Der T.'sche Standpunkt führt übrigens auch zu höchst bedenklichen Folgerungen. Ist die Prostituirte in der That ein krankhaft und lasterhaft veranlagtes Geschöpf, dann genügt es nicht, in der Reglementirung einen rein sanitären Akt zur Verhütung der Syphilisverbreitung zu sehen, sondern man hätte die Prostituirten eben so wie Geisteskranke, wie »tobsüchtige Irre« zu bewachen.

Mit Mühe und Noth hat man sich endlich zu der Einsicht hindurchgerungen, dass in der auf der monogamischen Ehe beruhenden civilisirten Gesellschaft die Prostitution ein nothwendiges Übel ist, dass man dieselbe nur so weit kontrolliren darf, als sie ein zur Zeit »gesundheitsschädliches Gewerbe« darstellt — und nun würde uns die T.'sche Auffassung sicher wieder mit der Zeit die mittelalterlichen Hurenreglements bescheren — womit der öffentlichen Moral eben so wenig wie der öffentlichen Gesundheit gedient wäre. Am allerwenigsten aber ist es Aufgabe der Ärzte, die Moralisten zu spielen, die Prostitution an sich als Vergehen oder Verbrechen und somit als strafwürdig hinzustellen; halten wir an dem rein ärztlichen Standpunkte fest, dass unsere Aufgabe hier nur sei, Krankheiten zu heilen und Krankheiten zu verhüten! **A. Blaschko** (Berlin).

32. **A. Blaschko** (Berlin). Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in Krankenkassen und Heilanstalten.

Berlin, **Fischer's** medicinische Buchhandlung, **H. Kornfeld,** 1890.

In der vorliegenden Broschüre plaidirt B. unter Beibringung eines reichhaltigen Materials dafür, dass der Begriff der »geschlechtlichen Ausschweifung« aus den Kassenstatuten und dem Krankenkassengesetze entfernt und dem entsprechend auch den Geschlechtskranken überall die vollen Kassenleistungen gewährt werden. Er weist nach, dass die bisherigen Einschränkungen in dieser Richtung sich als schädigend erwiesen haben, sowohl für die Kranken selbst, wie für die Kassenverwaltungen und die öffentliche Hygiene. Statt dessen befürwortet er aber energisch die Aufnahme der obligatorischen Anstaltsbehandlung Syphilitischer — nur dieser, nicht Tripper- oder Ulcus molle-Kranker — in die Kassenstatuten in Gestalt der Einfügung eines Paragraphen:

»Syphiliskranke sind einer Heilanstalt zu überweisen. Ausnahmen hiervon sind auf Grund ärztlichen Gutachtens und mit Genehmigung des Kassenvorstandes zulässig.«

Privatheilanstalten sollen dabei den öffentlichen gleichgestellt sein, wenigstens so lange noch viele öffentliche Krankenhäuser den Geschlechtskranken durch besondere Einrichtungen (Absonderung von anderen Kranken, besondere Kleidung und oft auch Nahrung, Verbot des Besuchs durch Angehörige etc.) Anlass geben, die Krankenhausbehandlung als eine entwürdigende Strafe zu empfinden, der sie sich durch Verheimlichung ihrer Krankheit oder Behandlung durch Kurpfuscher u. dgl. zu entziehen suchen. Die Dauer des obligatorischen Krankenhausaufenthaltes bei recenter Syphilis wäre im Durchschnitt auf 2—4 Monate zu bemessen, worauf die Kranken aber noch wenigstens während eines Jahres dem Kassenarzt zur regelmäßigen periodischen Kontrolle überwiesen werden müssten, der bei eintretenden Recidiven sofort die Neuaufnahme in ein Krankenhaus zu veranlassen hätte.

Die Zahl der Syphilitischen und Syphilitisch-Gewesenen berechnet B. für Kopenhagen auf 12,5 %, für Berlin auf wenigstens 12 % der Einwohnerzahl.

A. Freudenberg (Berlin).

33. **E. Albert** (Wien). Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. (4. Aufl. Bd. I u. II.)

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1890.

Das bekannte Lehrbuch des Wiener Chirurgen erscheint soeben in der 4. Auflage. Vor liegen bis jetzt der I. und II. Band, enthaltend die chirurgischen Krankheiten des Kopfes und Halses und die chirurgischen Krankheiten der Wirbelsäule, der Brust, des Schultergürtels und der oberen Gliedmaßen. Gegenüber der früheren Auflage zeigt es in so fern eine Veränderung, als in der Stilisirung die Form der direkten Ansprache (Vorlesungsform) unterdrückt, auch die in den früheren Auflagen vorausgeschickten, der allgemeinen Chirurgie angehörigen Vorlesungen über Narkose, Blutstillung und Wundbehandlung fortgelassen sind. Dafür sind die einzelnen Kapitel den Fortschritten der Chirurgie entsprechend erweitert resp. verändert, besonders aber die illustrative Seite des Werkes nach Präparaten des Wiener pathologisch-anatomischen Museums und nach Beobachtungen auf A.'s Klinik dankenswerth bereichert worden.

Von Kapiteln, die auch den inneren Kliniker interessiren, nennen wir die Besprechung der Hirnlokalisation, der Lehre vom Hirndruck — A. stellt sich auf den Standpunkt der Gegner der Bergmann'schen Lehre —, der Hirnerschütterung, der Gesichtsneuralgien — A. hat in einigen Fällen von Trigeminusneuralgie durch die Gussenbauer'sche Behandlung mittels systematischer Evacuatio alvi Heilung erzielt, aber in der Mehrzahl der Fälle keinen Erfolg davon gesehen —, der malignen Lymphome und Lymphosarkome, der peripleuritischen Abscesse, der operativen Eröffnung der Pleurahöhle und des Herzbeutels durch Punktion oder Schnitt, — bezüglich der Empyembehandlung hält er die Schnittoperation für das rationelle Verfahren, ohne auf die bakteriologische und damit ätiologische Verschiedenheit des Empyemeiters einzugehen —, der Lungenchirurgie u. A. m.

Die Ausstattung des Buches ist, wie man es von der Verlagsbuchhandlung gewöhnt ist, vortrefflich. Verunstaltet wird es nur durch nicht ganz wenig Druckfehler. **A. Freudenberg** (Berlin).

34. **V. Urbantschitsch** (Wien). Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Dritte vermehrte Auflage mit 76 Holzschnitten und 8 Tafeln.

Wien, **Urban & Schwarzenberg,** 1890.

Das von uns früher schon zum Studium empfohlene Lehrbuch der Ohrenheilkunde des bekannten Herrn Verf.s liegt nun in dritter und vermehrter Auflage vor uns. Alle neueren wissenschaftlichen Arbeiten, so weit sie die vorliegende Materie betreffen, sind getreulich vom Verf. bei dieser Auflage wiederum verwerthet, so dass wir hier die Litteratur berücksichtigt finden, wie in kaum einem anderen Lehrbuche. So hoch wir indess diese litterarische Verwerthung schätzen, so müssen wir doch andererseits hervorheben, dass gerade dadurch der Werth des Buches für den Unterricht und speciell für die Einführung in die Ohrenheilkunde erheblich verkleinert wird; der Anfänger und Lernende wird durch die Überfülle des Materials etwas eingeschüchtert und wird immer seine Zuflucht nehmen zu kleineren, kompendiöseren Lehrbüchern. Nichtsdestoweniger ist für den bereits in der Ohrenheilkunde Erfahrenen vorliegendes Werk die reine otiatrische Encyklopädie, und desshalb als Nachschlagebuch gar nicht hoch genug zu schätzen. Für eine speciellere Berichterstattung liegt keine Veranlassung vor; die Materie ist in gleicher Weise angeordnet, wie in den früheren Auflagen und auch dieser wird entsprechend dem hohen Werthe in hoffentlich nicht zu langer Zeit die 4. Auflage folgen. **B. Baginsky** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu: Medicinischer Anzeiger.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Gerhardt, Leube, Leyden, Liebermeister, Naunyn, Nothnagel,
Bonn, Berlin, Würzburg, Berlin, Tübingen, Straßburg i/E., Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 51. **Sonnabend, den 20. December.** **1890.**

Inhalt: I. **A. Peters,** Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform. — II. **I. Boas,** Kritische Bemerkungen zum Salzsäurenachweis im Mageninhalt (Original-Mittheilungen.)

1. **R. Müller,** 2. **G. Pick,** 3. **Roux,** 4. **Maragliano** und **Castellini,** Leukocytose und Leukämie. — 5. **Sokolowski,** Larvirte Formen der Lungentuberkulose. — 6. **Begg,** Pathologie und Therapie der tropischen Diarrhoe. — 7. **Lancereaux,** Pathogenese und Therapie der Urämie. — 8. **O. Rosenbach,** Diagnostik der Insufficienz des Verdauungsapparates.

9. **Prochownick** und **Späth,** Keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes. — 10. **Karlinski,** Cholerabakterien in Fäces. — 11. **Kitasato** und **Th. Weyl,** 12. **Kitt,** Tetanusbacillus. — 13. **Eichel,** Wachsthumsverhältnisse von Bakterien im keimfreien Eiter. — 14. **Foote,** Sterilisation der Fäces. — 15. **Tripier,** Tuberkulöse Endocarditis. — 16. **Wurtz** und **Bourges,** Bakteriologische Untersuchungen bei skarlatinöser Angina. — 17. **Netter** und **Mariage,** Knocheneiterung durch Streptococcus und Pneumococcus. — 18. **Herz,** Pathologie und Therapie der genuinen Pneumonie. — 19. **Laqueur,** 20. **Glower,** 21. **Chatellier,** 22. **Scheibe,** 23. **Purjesz,** Augen- und Ohraffektionen im Gefolge von Influenza. — 24. **Kürt,** Laryngospasmus. — 25. **Rindfleisch,** Perniciöse Anämie. — 26. **Hess,** Traumatische Leberruptur. — 27. **Schmorl,** Soormetastase der Niere. — 28. **Leubuscher,** Aus der Praxis. — 29. **le Noir** und **Besançon,** Primäre progressive Muskelatrophie. — 30. **Gauthier,** Akromegalie.

I. Über die Resorption von Jodkalium in Salbenform.

Von

Dr. **A. Peters** in Bonn.

Im Archiv für Augenheilkunde[1] hat kürzlich Meurer jr. einen Aufsatz über »Ätzung der Bindehaut des Auges durch Quecksilberpräcipitat bei gleichzeitigem äußerlichem Gebrauch von Jodkalium« veröffentlicht, in welchem er es als wahrscheinlich hinstellt, dass von der Haut Jodkalium resorbirt worden sei, welches dann die bekannten Erscheinungen von Seiten der Conjunctiva hervorgerufen habe.

[1] Bd. XXII. Hft. 1. p. 24 ff.

Herr Geheimrath Binz hatte die Güte, mich darauf aufmerksam zu machen, dass die Ansichten über die Resorption des Jodkaliums von der Haut aus sehr aus einander gingen und ich unternahm es daher auf den Rath meines hochverehrten Lehrers, die Frage einer erneuten experimentellen Prüfung zu unterziehen.

Die früheren Arbeiten über dieses Gebiet wurden von Röhrig[2] so ausführlich besprochen und von Fleischer[3] so sorgfältig zusammengestellt, dass ich mich darauf beschränken kann, die von beiden Autoren gewonnenen Resultate kurz anzuführen.

Röhrig kommt nach verschiedenen kritischen und experimentellen Studien zu der Ansicht, dass eine Resorption von Jodkalium von der Haut aus nicht stattfinde. Alle früheren Untersuchungsresultate erklärt er für ungenau und weist auf die Fehlerquellen hin, die durch mangelhafte Berücksichtigung der Resorption von Seiten der Schleimhäute und der Athmungsorgane entstehen mussten. Jod werde von der Haut aus nur in gasförmigem Zustande resorbirt und auf diese Weise sei es auch zu erklären, dass am 5. Tage nach einer Einreibung von Jodkaliumsalbe auf die Haut Jod im Harne gefunden wurde, indem die allmählich wieder eingetretene Funktion der Hautdrüsen durch Bildung freier Fettsäuren eine Zerlegung des Jodkaliums herbeigeführt habe. Über die Methode der Untersuchung des Harns auf Jod wird nichts mitgetheilt.

Fleischer kommt ebenfalls zu durchaus negativen Resultaten. Nach vollkommenem Ausschluss der Resorption von Seiten der Athmungsorgane und etwa verletzter Hautpartien konnte er niemals Jod im Harn nachweisen. Die Reaktionen wurden bis auf einen Fall stets mit dem unverdampften Harn und mit den üblichen Reagentien angestellt. In dem einen Falle, in welchem der Harn verascht wurde, sei eben so wenig Jod nachgewiesen.

Hiermit stehen die Resultate, welche Rozsahegyi[4] mittheilt, im Widerspruch. Dieser Autor spricht sich dahin aus, dass aus reiner, frischer Jodkaliumsalbe von der Haut aus Jod resorbirt werde, aber in so verschwindend geringer Menge, dass es als Heilfaktor nicht in Betracht gezogen werden könne. Rozsahegyi bezeichnet die Schwefelkohlenstoffreaktion als die zuverlässigste und stellte dieselbe nur nach vorausgegangener Veraschung an.

Da diese Arbeit von Rozsahegyi kaum bekannt geworden ist, so dass man wohl ganz allgemein der Annahme begegnet, dass Jodkalium in Salbenform von der Haut nicht resorbirt werde, so nahm ich um so eher Veranlassung, der Sache näher zu treten.

Angesichts der oben mitgetheilten Resultate ging ich von der Voraussetzung aus, dass jedenfalls auf dem angegebenen kurzen Wege größere Jodmengen nicht zur Resorption gelangten, und da der ne-

[2] Archiv für Heilkunde 1872. p. 341.

[3] Habilitationsschrift, Erlangen, 1877.

[4] Referat im Jahresbericht für Pharmacie von Husemann und Wiggers. Göttingen, 1878. p. 564.

gative Ausfall der am frisch gelassenen Harn angestellten Reaktion durchaus nicht den Ausschluss von Jod beweist, indem geringe Jodmengen durch den Harn gebunden werden und sich so dem direkten Nachweis entziehen können, so hielt ich von vorn herein nur solche Proben für beweiskräftig, bei denen eine sorgfältige Veraschung vorgenommen wurde.

Bevor ich die Resultate meiner Untersuchungen, die ich unter freundlicher Mitwirkung des chemischen Assistenten des pharmakologischen Instituts, Herrn Dr. Klingemann, angestellt habe, anführe, mögen erst noch einige Bemerkungen über gewisse Kautelen bei Anstellung der Versuche, so wie über den chemischen Nachweis des Jod hier ihre Stelle finden.

Die Reaktionen wurden stets mit rauchender Salpetersäure und Schwefelkohlenstoff am erkalteten Harn oder dessen Rückstand angestellt, nachdem mich einige Vorversuche überzeugt hatten, dass weder die Stärkekleister- noch die Chloroformprobe auch nur annähernd so genau waren. Die CS_2-Reaktion ist so empfindlich, dass in einer Jodkaliumlösung von 1 : 80000 noch mit Sicherheit Jod nachgewiesen werden konnte, was ziemlich genau mit den Resultaten Harnack's[5] stimmt, der als Grenze 1 : 75000 angiebt.

Die Reaktion des frisch gelassenen Harnes ist wohl in den meisten Fällen negativ, jedoch war es nach einiger Übung möglich, auch hierbei schon öfters deutliche violette Färbung der CS_2-Tröpfchen zu erkennen. Ich habe diesen Reaktionen niemals eine Beweiskraft zugesprochen, aber ich habe doch wiederholt nach der Veraschung Jod nachgewiesen, wo ich dasselbe auch schon vorher deutlich erkannt hatte, und zwar befand ich mich dann stets in Übereinstimmung mit Herrn Dr. Klingemann, der in den genannten Fällen ebenfalls den Harn für jodhaltig erklärte, nachdem er unabhängig von mir die betreffende Reaktion angestellt hatte.

Die Behandlung des Harns geschah genau nach den von Meurer angegebenen Vorschriften, die ich hier der Vollständigkeit halber kurz anführen will.

Gegen 200 ccm Harn wurden mit kohlensaurem Natron alkalisch gemacht und auf dem Wasserbade eingedampft, der Rückstand vorsichtig verkohlt. Nach 2maliger Extraktion mit 90%igem Alkohol und Zusatz von 3 Tropfen kohlensauren Natrons wurde eingedampft, der Rest sehr vorsichtig verascht. Die alkoholische Lösung des Rückstandes wurde eingedampft und dann mit der koncentrirten wässrigen Lösung die CS_2-Reaktion angestellt.

Als nothwendige Kautelen wurden nach selbstverständlichem Ausschluss jeglicher innerlichen Darreichung von Jod in Form von Medikamenten zunächst folgende beobachtet. Da die früheren Erfahrungen gelehrt hatten, dass von Seiten der verletzten Haut mit Leichtigkeit Jod resorbirt würde, so wurde streng darauf geachtet,

[5] Berliner klin. Wochenschrift 1882. No. 52.

dass die Haut vollständig intakt war. Als Ort für die Einreibungen wurden die Vorderarme und vorzugweise deren Innenfläche benutzt. Vor und nach jeder Einreibung wurden die Arme mit Wasser und Seife, nachher mit Alkohol gründlich abgewaschen. Eben so wurden von Seiten des Einreibenden dessen Hände einer gründlichen Reinigung unterzogen, um kein Jodkalium auf diese Weise in die Reagensgläser gelangen zu lassen.

Die ersten 3 Versuche wurden in 12tägigen Pausen an ein und derselben Person angestellt. Es wurden jedes Mal etwa 5 g der officinellen Jodkaliumsalbe eingerieben und zwar energisch. Die im Verlauf der nächsten 8 Stunden gelassenen Harnmengen wurden zusammen verascht. Jedes Mal ergab die CS_2-Reaktion ein positives Resultat, während die Stärkekleisterprobe negativ ausfiel.

Der 4. Versuch wurde mit 10 g einer Salbe gemacht, die auf 30,0 Lanolin 3,0 g Kal. jod. enthielt. Auch hier wurde in dem innerhalb der nächsten 8 Stunden gelassenen Harn nach der Veraschung Jod gefunden.

War es somit schon wahrscheinlich, dass die früheren Versuche von Fleischer und Röhrig durch Unterlassung der Veraschung bezw. unvorsichtige Vornahme derselben nicht genau waren, so musste doch der von beiden Autoren erhobene Einwand beseitigt werden, dass Jod in irgend welcher Form in die Athmungsorgane gelangte, wenn gleich auch bei der officinellen Vaselinesalbe diese Befürchtung nicht allzu begründet erschien, da hierbei die Möglichkeit einer Zersetzung des Jodkaliums durch freie Fettsäuren ausgeschlossen war. Auch der Einwand, dass Jodkalium später durch Hautsekrete zerlegt und so Jod eingeathmet würde, kann wohl kaum aufrecht erhalten werden, da die Arme nach der Einreibung und Abwaschung sofort wieder bedeckt wurden. Auch der von Röhrig angeführte Einfluss der Bettwärme fiel fort, da das Jod stets in dem noch an demselben Tage gelassenen Harn gefunden wurde.

Es blieb somit nur noch übrig, den Nachtheil zu vermeiden, dass während der länger dauernden Einreibungen (etwa 10 Minuten lang) Jodkalium für sich oder zersetzt in die Athmungswege gelangte. Die Fleischer'schen Vorsichtsmaßregeln erschienen mir zu weitgehend und kaum sicherer als folgendes, in dem 5. und 6. Versuche beobachtete Verfahren.

Im pharmakologischen Institut wurde die Einrichtung getroffen, dass die Arme nach einander durch ein viereckiges Loch in einer zwei Zimmer verbindenden Glasthüre gesteckt, die noch bleibenden Öffnungen mit Tüchern fest verstopft werden konnten, so dass die Versuchsperson thatsächlich in dem einen Zimmer saß, während der Arm in dem anderen den Manipulationen des Einreibens unterworfen wurde.

Zunächst wurden 10 g Jodkalisalbe, die nach den Vorschriften der neuen (III.) Pharmakopöe frisch bereitet war (Schweineschmalz statt Vaseline), eingerieben. Die nach 1 und 2 Stunden gelassenen Harn-

mengen wurden zusammen verascht und ergaben deutliche CS_2-Reaktion. Der letzte Versuch wurde wieder mit 10 g Lanolinsalbe (1,5 KJ auf 11,0 Lanolin und 4,0 Paraffin. liquid.) angestellt. Der nach 2 und $4^1/_2$ Stunden gelassene Harn wurde ebenfalls jodhaltig befunden. Die Veraschung des nach 24 Stunden gelassenen Harns ergab wiederum ein positives Ergebnis, während nach 2 und 5 Tagen auch mit Hilfe der Veraschung Jod nicht mehr sicher nachgewiesen werden konnte.

Außer diesen Versuchen sind noch folgende kurz zu erwähnen. Einmal konnte die Veraschung aus äußeren Gründen nicht vorgenommen werden, während schon die Reaktion des nach 3 Stunden frisch gelassenen Harnes ein positives Resultat ergeben hatte.

Ein Versuch ergab nach der Veraschung ein negatives Resultat, obgleich auch hier die eben genannte Reaktion schon deutlich Jod erkennen ließ. Da beim Veraschen zu stark erhitzt wurde, so muss wohl der unerwartete negative Ausfall der Reaktion nach der Veraschung in diesem Falle diesem Fehler zur Last gelegt werden, woraus gleichzeitig geschlossen werden kann, dass der negative Ausfall, den Fleischer nach nur einer einzigen Veraschung erhielt, unmöglich als Beweis gegen die Resorption von Jodkalium angesehen werden darf.

Schließlich seien noch kurz einige Versuche mitgetheilt, die mir Aufschluss darüber geben sollten, ob denn die Aufnahme von etwa frei gewordenem Jod durch die Athmungswege wirklich einen so störenden Einfluss auf die Entscheidung der vorliegenden Frage ausüben könnte.

Zunächst wurde der Versuch gemacht, durch Einathmung freien Jods den Übergang in den Harn nachzuweisen. Herr Dr. Klingemann roch einige Minuten hindurch an einer Flasche, welche Jodum purum enthielt. Die Veraschung des nach 1, 3 und $6^1/_2$ Stunden gelassenen Harnes ergab ein durchaus negatives Resultat. Auch im Speichel gelang der Nachweis nicht. Es scheint somit, als ob doch größere Jodmengen erforderlich sind, um diesen Nachweis liefern zu können. Für unsere vorliegende Frage ist jedoch dieser Versuch von Wichtigkeit, da er beweist, dass unsere Vorsichtsmaßregeln betreffs Verhütung der Einathmung jedenfalls genügend waren.

Betreffs der Jodtinktur ist schon früher festgestellt worden, dass nicht nur bei einem damit behandelten Kranken, sondern auch bei anderen in demselben Zimmer befindlichen Personen (Demarquay, cit. von Röhrig) Jod im Harn nachgewiesen werden konnte. Bei einem Versuche, bei welchem ich längere Zeit an einer Flasche mit Jodtinktur roch und längere Zeit in einem Zimmer verweilte, in welchem Jodtinktur verdunstete, konnte ich nach 5 Stunden im frisch gelassenen Harn und im Speichel kein Jod nachweisen; ein weiterer Beweis, dass der aus dem vorigen Versuch gezogene Schluss richtig ist.

Kurz zusammengefasst ist das Resultat meiner Untersuchungen folgendes:

Bei äußerlicher Applikation von Jodkalium in Salbenform auf die Haut, mag man nun Fett, Vaseline oder Lanolin benutzen, wird eine wenn auch geringe Menge Jod dem Kreislauf einverleibt. Diese Jodmenge entzieht sich meistens dem Nachweis im unverändert gebliebenen Harn. Zum Nachweis ist das umständlichere Verfahren der Veraschung und als bestes und zuverlässigstes Reagens Schwefelkohlenstoff erforderlich.

Ich muss mich daher der Ansicht Rozsahegyi's anschließen und die negativen Resultate Röhrig's, Fleischer's u. A. darauf zurückführen, dass keine Veraschungen des jodhaltigen Harns vorgenommen wurden.

Zum Schlusse seien mir noch einige Bemerkungen gestattet betreffs der schädlichen Wirkung der Quecksilberpräparate im Bereiche der Conjunctiva bei gleichzeitigem Jodkaliumgebrauch. Es kann nach obigen Versuchen keinem Zweifel unterliegen, dass in dem Falle von Meurer, der den Anlass zu vorstehenden Untersuchungen gab, die Resorption des Jodkaliums von der Haut aus erfolgt war, und es erscheint mir die Annahme am wahrscheinlichsten, dass hier die Resorption vielleicht durch die Entzündung der Scrotalhaut oder durch Läsionen der Epidermis begünstigt wurde. Die experimentellen Studien Schläfke's[6] haben den Nachweis geliefert, dass Kalomel bei innerlichem Jodkaliumgebrauch Anätzungen der Conjunctiva hervorbringt. Auch für das Quecksilberpräcipitat muss diese Möglichkeit, wie mich ein Versuch am Kaninchen lehrte, zugegeben werden. Es scheint also in der That, dass in dem Meurer'schen Falle die schwere Conjunctivalerkrankung auf die Wirkung äußerlich angewandten Jodkaliums bei gleichzeitigem Quecksilbergebrauch zurückzuführen ist.

Eine weitere Frage ist aber die, ob wir aus diesem Falle die Lehre ziehen sollen, die gleichzeitige Anwendung beider Präparate zu vermeiden. Wenn Hirschberg[7] zu der Frage der innerlichen Darreichung von Jod bei äußerlicher Quecksilberanwendung bei skrofulösen Ophthalmien bemerkt, dass er den schädlichen Einfluss des Jods in diesen Fällen für eine Fabel hält, so erscheint mir das etwas zu weit gegangen, da Schläfke's Experimente die Möglichkeit eines schädlichen Einflusses erwiesen haben. Wohl aber thut man gut, wenn man die praktische Wichtigkeit dieser Frage nicht allzu hoch anschlägt, indem Leberthran, Syrupus ferri jodati etc. ja so oft gegeben werden, ohne dass man bei gleichzeitigem Quecksilbergebrauch am Auge schädliche Einwirkungen gewahr wird. Einen weiteren Beleg für diese Anschauung lieferte mir die Beobachtung eines Kranken,

---

[6] Archiv für Ophthalmologie von v. Graefe. Bd. XXV, II. p. 251.
[7] Therapeutische Monatshefte 1888. p. 61.

den ich zu den drei ersten Versuchen benutzte. Derselbe wurde von mir wegen eines Ulcus corneae mit Pagenstecher'scher Augensalbe (Hydrarg. oxyd. rubr. v. h. p.) behandelt und zwar während der ganzen Zeit der Versuche mit den Jodkaliumeinreibungen, ohne dass auch nur die geringste schädliche Wirkung auf die Conjunctiva erfolgt wäre.

Wir müssen somit annehmen, dass in dem Meurer'schen Falle sehr ungünstige Bedingungen zusammentrafen, um jene Wirkung zu erzeugen, und es erscheint immerhin die Frage gerechtfertigt, wenn gleich die Möglichkeit der von Meurer gegebenen Erklärung nach meinen Untersuchungen nicht abzuleugnen ist, ob nicht auch in diesem Falle eine Idiosynkrasie gegen eines der beiden Mittel vorgelegen hat, da einerseits, wie ich kürzlich zu zeigen Gelegenheit hatte[8], Quecksilberpräparate allein in geringen Mengen im Bereiche der Conjunctiva schwere Erscheinungen hervorrufen können, andererseits nach äußerlichem Gebrauch von Jodkaliumsalbe schon Jodismus aufgetreten sein soll.

II. Kritische Bemerkungen zum Salzsäurenachweis im Mageninhalt.

Von

I. Boas in Berlin.

Herr Dr. Günzburg hatte die Freundlichkeit, mir Einsicht in seinen Aufsatz: »Über Phloroglucin-Vanillin und verwandte Reagentien« vor dessen Drucklegung zu gewähren. Die Arbeit des geschätzten Herrn Autors hat ein großes theoretisches Interesse; zeigt sie doch — und die Freimüthigkeit, mit der Herr Günzburg dies ausspricht, verdient alle Anerkennung —, dass auch die bis dahin als eigentlich maßgebend geltenden Reaktionen: die Phloroglucin-Vanillin- und die Resorcinprobe von Fehlerquellen nicht völlig frei sind. Ich füge, da einmal dieser Punkt in Frage steht, hinzu, dass auch Leo[1] die Günzburg'sche und meine Probe nur bei positivem Ausfall für beweisend hält. Bei negativem Ausfall dagegen wäre die von dem genannten Forscher angegebene Probe mit $CaCO_3$ anzustellen. Noch abfälliger spricht sich v. Jaksch[2] über diese Reaktionen aus. Er betont, »dass dieselben wegen ihrer Ungenauigkeit und Vieldeutigkeit nur einen geringen Werth für wissenschaftliche Zwecke haben«. Endlich hat Salkowski[3] in einer neuen sehr beachtenswerthen Untersuchungsreihe festgestellt, dass salzsaures Leucin mit so viel Salzsäure, dass sich dieselbe in physiologisch wirk-

---

[8] Centralblatt für praktische Augenheilkunde 1890. Oktoberheft.

[1] Leo, Diagnostik der Krankheiten der Verdauungsorgane. Berlin, 1890. p. 98.

[2] v. Jaksch, Beiträge zur Kenntnis der Salzsäuresekretion des verdauenden Magens. Zeitschrift für klin. Medicin Bd. XVII. p. 395.

[3] Salkowski, Über den Begriff der freien und gebundenen Salzsäure im Magensafte. Virchow's Archiv Bd. CXXII. Hft. 2. p. 250 ff.

samem Zustande befindet, mit Günzburg'schem Reagens negatives Resultat ergiebt, während Methylviolett allerdings mit einem Stich ins Violette gebläut wird. Andererseits erhielt Salkowski mit salzsaurem Chinin, bei dem die Hälfte der Salzsäure gebunden war und wo peptische Wirkung fehlte, mit Günzburg »unsichere« Reaktion.

Aus einer Zusammenfassung aller dieser Einwände würde sich als Facit ergeben: dass einmal die in Frage stehenden Salzsäurereagentien bei Gegenwart freier Salzsäure solche unter Umständen nicht erkennen lassen, dass sie andererseits ein positives Resultat ergeben können (s. Günzburg's Tabelle), wo thatsächlich freie, und zwar vom Magen secernirte Salzsäure fehlt.

Ich möchte die Bedeutung dieser anscheinend schwerwiegenden Bedenken doch auf das richtige Maß zurückgeführt wissen. Man begeht und beging meines Erachtens bei der Erörterung dieser Fragen den schweren Fehler, dass man nicht von gegebenen, sondern von fiktiven künstlich konstruirten Verhältnissen ausging. Für mich ist einzig und allein beweisend der Versuch am vom Menschen gewonnenen Mageninhalt. Erst wenn hierbei der Beweis erbracht würde, dass Salzsäure im physiologisch wirksamem Zustande vorhanden ist (Verdauungsprobe!) und eins der als zuverlässig bekannten Reagentien im Stich lässt, wäre für mich die Sicherheit derselben in Frage gestellt. Dasselbe würde auch für den umgekehrten Fall gelten. Dieser Nachweis ist aber meines Wissens trotz der vielfachen Arbeiten der letzten Jahre über Salzsäurenachweis im Mageninhalt nicht erbracht.

Ich selbst habe zwar nicht in allen aber in einer großen Reihe von Fällen bei negativem Ausfall der HCl-Proben die Verdauungsprobe mit und ohne Salzsäure angeschlossen und mit Ausnahme weniger Fälle, wo andere Verhältnisse vorlagen, unter der erstgenannten Bedingung stets ein negatives Resultat erhalten. Doch werde ich in Zukunft diesem Punkte eine noch größere Aufmerksamkeit zuwenden.

Eins möchte ich aber schon jetzt und zwar in Übereinstimmung mit Leo (l. c.) betonen, dass der positive Ausfall der Phloroglucin-Vanillin- und Resorcinreaktion stets und unter allen Umständen für die Gegenwart physiologisch wirksamer HCl beweisend und diagnostisch in dem Sinne verwerthbar ist, dass er die Integrität des Sekretionsapparates außer Zweifel stellt. Bei negativem Ausfall dagegen ist aus dem Fehlen der freien Salzsäure nach meinen schon an einem anderen Orte[4] aufgestellten Erfahrungen für die Diagnose überhaupt nichts zu gewinnen. Denn es kann, wie kaum noch hervorgehoben zu werden braucht, die Magenschleimhaut trotz dieses Mangels durchaus funktionstüchtig sein. Der Nachweis, dass mit dem Mangel an HCl auch eine Erkrankung des Drüsenapparates verge-

[4] Vgl. meine Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Leipzig, 1890. p. 140.

sellschaftet ist, erfordert ganz andere Methoden, die ich kurz bereits l. c. erwähnt habe und demnächst ausführlich begründen werde.

Noch ein Schlusswort über den Vorzug der Günzburg'schen Reaktion vor der von mir empfohlenen Resorcinprobe. Ich gebe ohne Weiteres zu, dass bei letzterer die sich bei der Verdampfung bildenden Verbrennungsprodukte, welche sich übrigens, wenn gleich in geringerem Grade, auch bei der Günzburg'schen Reaktion bemerkbar machen, einen kleinen Nachtheil in sich schließen. Doch kann durch möglichst vorsichtiges Erhitzen über kleiner Flamme (noch besser auf dem Wasserbade) und öfteres Abkühlen und Schwenken des Abdampfschälchens Verkohlung (bedingt durch Bildung von Huminsubstanzen aus dem Zucker) so gut wie ganz vermieden werden. Da in einzelnen, wenn auch, wie ich hinzufüge, seltenen Fällen das Günzburg'sche Reagens aus mir bisher unbekannten Gründen versagte, während die Resorcinprobe positiv ausfiel — ich habe mehrfach Gelegenheit gehabt, dies meinen Zuhörern zu demonstriren —, so bin ich der Ansicht, dass neben der Günzburg'schen die Resorcinprobe als Kontrollreaktion immer ihren Platz behaupten wird.

---

1. **R. Müller.** Klinische Beobachtungen über Verdauungsleukocytose. (Aus der Klinik von Prof. Přibram.)

(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 17—19.)

Die früher mehrfach bestrittene Annahme, dass bei Mensch und Thier nach der Nahrungsaufnahme eine Vermehrung der farblosen Elemente im Blute auftritt, ist durch neuere Untersuchung sichergestellt worden. Da diese Verdauungsleukocytose nach Forschungsergebnissen von Hofmeister und Pohl unzweifelhaft eine konstante Begleiterscheinung der Resorption resp. Assimilation der Nährstoffe ist, so war anzunehmen, dass bei Erkrankungen, die mit Mangel oder Unvollkommenheit der letzteren Funktionen einhergehen, auch die Verdauungsleukocytose in gleichem Maße alterirt sein werde. Verf. hat, von diesem Gesichtspunkte ausgehend, eine Reihe von Erkrankungsfällen in Bezug auf das numerische Verhalten der weißen Blutzellen nach der Nahrungsaufnahme untersucht und das Resultat als Maß für die Assimilationsgröße im einzelnen Falle betrachtet. Es zeigte sich hierbei, dass Anämien schwerer und nur auf reichliche Nahrungszufuhr durch Zunahme von Leukocyten im Blute reagiren als gesunde Individuen; in 5 Fällen von Carcinom des Magens fehlte die Verdauungsleukocytose auch nach reichlicher Nahrungszufuhr, während dieselbe in 4 Fällen von Stauung im Gebiete der unteren Hohlvene (Herzerkrankungen) keine wesentliche Änderung gegen die Norm aufwies. **E. Schütz** (Prag).

---

2. **G. Pick.** Klinische Beobachtungen über die entzündliche Leukocytose. (Aus der medicinischen Klinik von Prof. Přibram.)

(Prager med. Wochenschrift 1890. No. 24.)

Durch die Untersuchungen Limbeck's (s. diese Blätter 1890 No. 23) ist nachgewiesen, dass die entzündliche Leukocytose nur die mit Exsudation in die Gewebe einhergehenden fieberhaften Krankheiten begleitet. Als Ergänzung dieser Untersuchungen, und hauptsächlich zu dem Zwecke, um den praktischen Werth derselben zu prüfen, hat Verf. eine weitere Reihe von Versuchen an geeignetem Krankenmaterial angestellt. Hierbei zeigte es sich zunächst für die krupöse Pneumonie, dass die jene Erkrankung regelmäßig während des fieberhaften Stadiums begleitende Leukocytose mit der Größe des gesetzten Infiltrates in direktem Verhältnisse steht. Verläuft die Erkrankung günstig, so beobachtet man eine allmähliche Abnahme der Leukocytenzahl, die sich oft mehrere Stunden vor dem kritischen Temperaturabfalle nachweisen lässt, bei lytischem parallel mit dem Absinken der Temperatur verläuft; ist der Verlauf ein ungünstiger, so wächst die Leukocytenzahl konstant, bis kurz vor Eintritt des Todes. — Bei entzündlichen Erkrankungen der serösen Häute hat P. in Übereinstimmung mit Limbeck Leukocytose während des Fieberstadiums nachweisen können; in zwei Fällen tuberkulöser Erkrankung des Peritoneums fehlte sie jedoch, eben so in zwei Fällen tuberkulöser Meningitis. Bei Intermittens und Abdominaltyphus war niemals Leukocytose vorhanden, während sie in einem Falle von Dysenterie und in einem Falle von Pyelitis nachgewiesen wurde; in beiden letzteren Fällen konnte Verf. eben so wie in einigen Fällen von eitriger Parametritis ein ähnliches Verhältnis der Leukocyten zur Temperatursteigerung wie bei krupöser Pneumonie beobachten. Sehr schwankende Resultate ergaben Untersuchungen von Kranken mit Tuberkulose der Lunge und Pleura, welcher Umstand nach P. durch das leichtere Zustandekommen einer Mischinfektion in Lunge und Pleura verständlich gemacht wird. Durch vorliegende Untersuchungen werden somit die Eingangs erwähnten Versuchsergebnisse Limbeck's vollauf bestätigt; sie zeigen ferner die praktische Wichtigkeit solcher Blutuntersuchungen, nicht sowohl in Bezug auf die Prognose, wie bei Pneumonie, als in diagnostischer Hinsicht, z. B. dort, wo es sich um die Differentialdiagnose zwischen Abdominaltyphus und anderen Infektionskrankheiten, oder zwischen eitriger und tuberkulöser Meningitis handelt. **E. Schütz** (Prag).

3. **G. Roux.** Contribution à l'étude du sang leucémique, recherches morphologiques sur les globules blancs et particulièrement sur la substance chromatique de leurs noyaux.

(Prov. med., Lyon 1890. No. 20, 22 u. 24.)

4. **E. Maragliano** e **P. Castellini.** Leucocitemia reale e leucocitemia apparente.

(Riv. gener. ital. di clin. med. 1890. Juni 15. p. 243.)

R. hat in einem Falle von (lienal-myelogener) Leukämie eine genaue Untersuchung der rothen und namentlich der weißen Blutkörperchen vorgenommen, und gelangt auf Grund derselben zu einer Auffassung des leukämischen Processes, welche das Wesen desselben darin erblickt, dass wohl eine vermehrte Neubildung weißer Blutkörperchen (Virchow) aber gleichzeitig auch ein verminderter Zerfall derselben (Löwit) bei derselben stattfindet. Doch möchte R. vorläufig noch von der Aufstellung einer bestimmten Theorie des leukämischen Processes Umgang nehmen. In analoger Weise wie der Ref. theilt auch R. die verschiedenen unter normalen Verhältnissen vorkommenden Leukocytenformen nach der Beschaffenheit des Kernes in drei Gruppen ein: 1) kleine Zellen mit einem kleinen, sehr chromatinreichen Kerne, der nahezu den ganzen Zellleib einnimmt; 2) etwas größere Zellen mit einem unregelmäßigen, verschieden geformten (polymorphen), verhältnismäßig chromatinreichen Kerne und 3) große Zellen mit einem großen, einfachen, aber sehr chromatinarmen Kerne, in welchem sogar das Chromatin vollständig fehlen kann. Die unter 1) angeführten Elemente hält Verf. für jugendliche, die unter 2) angeführten für in Theilung begriffene (echte Karyokinese wurde nur zweimal, Pseudokaryokinese jedoch sehr häufig beobachtet) und die unter 3) angeführten für zerfallende, dem Untergange bestimmte Zellen. Unter normalen Verhältnissen findet R. mit Bezug auf die Häufigkeit der Zellen folgende Reihenfolge: 2, 1, 3. In dem untersuchten Falle von Leukämie konnte eine entschiedene Zunahme der dem Untergange bestimmten Zellen (3) im strömenden Blute konstatirt werden. R. kommt mithin zu der gleichen Anschauung wie Ref., dass bei der Leukämie eine Ansammlung von solchen Zellen im Blute vorhanden ist, die unter normalen Verhältnissen dem Untergange bestimmt sind. Allerdings betont auch R., dass es wesentlich andere Befunde sind, welche den Ref. zu der erwähnten Anschauung über den leukämischen Process führten. Bei mehreren Fällen von Leukocytose im Gefolge verschiedener Krankheiten konnte R. niemals (eben so wie der Ref.) eine Zunahme der dem Untergange bestimmten Zellenart (3) im Blute konstatiren, er legt daher dem genannten Befunde bei Leukämie einen wesentlichen, differential-diagnostischen Werth bei.

Die Anschauung, dass bei der Leukämie auch eine vermehrte Neubildung weißer Blutkörperchen stattfindet, stützt R. auf den Umstand, dass er die mehrkernigen Leukocyten, eben so wie Arnold

und Biondi, für in Neubildung begriffene Zellen hält; doch macht R. selbst darauf aufmerksam, dass er der Kerntheilung niemals eine Zelltheilung nachfolgen sah. Die vom Ref. über die Neubildung der weißen Blutkörperchen beigebrachten Beobachtungen, die gerade zu der Annahme geführt haben, dass bei der Leukämie eine vermehrte Neubildung von Leukocyten nicht vorhanden ist, werden von R. nicht berücksichtigt. Den Mangel amöboider Bewegungen an zahlreichen Leukocyten des leukämischen Blutes, namentlich an den großen Zellen (3) hat R. eben so wie früher bereits der Ref. konstatiren können.

Bezüglich der specifischen Granulationen der weißen Blutkörperchen (Ehrlich) bringt R. keinerlei neue Beobachtungen bei, er hält dieselben, wie Ehrlich, für Sekretionsprodukte des Zellprotoplasmas und findet in seinem Falle eine entschiedene Zunahme der α- und γ-Zellen. Die Granulationen fand R. in allen Formen der Leukocyten, vorwiegend aber in der sub 3 genannten Gruppe, er glaubt, dass die Gegenwart der Granula bis zu einem gewissen Grade in Zusammenhang mit dem verminderten Zerfall dieser Zellen zu bringen ist.

Durch die bakterioskopische Untersuchung des leukämischen Blutes konnten sehr kleine Kokken gezüchtet werden, über deren Eigenschaften und Bedeutung weitere Mittheilungen in Aussicht gestellt werden.

Mit Rücksicht auf den von ihm untersuchten Fall glaubt R., dass die Diagnose der Leukämie ausschließlich durch die Blutuntersuchung gestellt werden kann. Trotz mehrfacher Bedenken glaubt R. an der durch Virchow-Neumann geschaffenen Eintheilung der verschiedenen Formen von Leukämie festhalten zu sollen. Hyperplastische, auf Zellenneubildung beruhende Vorgänge in den blutbildenden Organen scheint R., im Gegensatze zum Ref., gefunden zu haben; über diesen Punkt werden weitere Untersuchungen in Aussicht gestellt. Sobald aber die Leukocyten in die Blutbahn gelangen, tritt bei der Leukämie eine eigenartige Veränderung des Chromatins ein, welche einen guten Theilungs- und Neubildungsprocess vollständig ausschließt. Auf diese Weise konkurriren, nach der Anschauung von R., normale oder sogar vermehrte Neubildungsvorgänge der weißen Blutkörperchen in den blutbildenden Organen mit einem verminderten Zerfall derselben im strömenden Blute an dem Zustandekommen der hochgradigen Ansammlung von Leukocyten im leukämischen Blute. —

M. und C. machen darauf aufmerksam, dass die rothen Blutkörperchen bei den von ihnen genauer festgestellten Regenerationserscheinungen durch Verlust des Hämoglobins, durch Annahme einer körnigen Beschaffenheit des Protoplasma, das sich dann sehr leicht färben lässt, den Eindruck von weißen Blutkörperchen hervorrufen können. Der Mangel des Kernes in derartigen degenerirten Formen schützt vor Verwechslung. Verff. empfehlen daher, zu Zählungen der Leukocyten stets angesäuerte Flüssigkeiten, durch welche die wirkliche Leukocytose oder Leukämie von der scheinbaren leicht unterschieden werden kann. Den von Mosso angenommenen Übergang von rothen Blutkörperchen in weiße können die Verff

nicht anerkennen, sie glauben vielmehr, dass die rothen Blutkörperchen nie eine derartige Degenerationsform annehmen können, durch welche sie eine äußere Ähnlichkeit mit Leukocyten erlangen. **Löwit** (Innsbruck).

---

5. **Sokolowski.** Über die larvirten Formen der Lungentuberkulose.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. IV. Hft. 4.)

Während die Erkennung der normalen Formen der Lungentuberkulose für den praktischen Arzt heut zu Tage keine Schwierigkeiten mehr bietet, beanspruchen diejenigen Formen, welche latent verlaufen oder ganz andere Krankheitsformen vortäuschen, in erhöhtem Grade die Aufmerksamkeit. Es sind diese Krankheitsbilder um so beachtenswerther, als die Mehrzahl derselben den frühesten Stadien der Lungentuberkulose angehören, einer Zeit also, wo die rationelle Therapie noch viel zu leisten vermag. Verf. unterzieht sich in der vorliegenden Arbeit der dankenswerthen Aufgabe, eine Reihe von larvirten Formen der Lungentuberkulose, die zu Verwechslungen mit anderen Krankheiten führen können, ausführlich zu besprechen und zwar die Pseudochlorosis, pseudocardiale Form, Pseudoscrophulosis, Pseudomalaria, pseudogastroenteritische, pseudolaryngeale, pseudoemphysematöse, pseudopleuritische und pseudokrupöse Form, eine, wie uns dünkt, sehr reichliche Eintheilung. Die einzelnen Formen werden durch Krankheitsfälle illustrirt. **Peiper** (Greifswald).

---

6. **Ch. Begg.** On the pathology and successful treatment of chronic tropical diarrhoea (known as sprue).

(Edinb. med. journ. 1890. September.)

B. hat die unter dem Namen »sprue« bekannte, in den Tropengegenden vorkommende chronische Diarrhöe, welche ein langwieriges und gefährliches Leiden darstellt, in Britisch-Indien und China zu studiren Gelegenheit gehabt. Es ist fraglich, ob es sich um eine bestimmte Krankheit handelt, ferner ob diese etwa mit anderen, besonders von französischen Autoren beschriebenen Affektionen identisch ist[1], sodann ob nicht vielleicht mehrere symptomatologisch ähnliche Krankheiten bisher zusammengeworfen werden etc. Verf. selbst hat sich bemüht, die eigentliche Ursache des Leidens zu ermitteln, und besonders der bakteriologischen Seite des Gegenstandes seine Aufmerksamkeit zugewandt, ist aber bisher zu keinem Resultat gekommen. Für die ätiologische Einheit des Leidens spricht immerhin die große Gleichartigkeit des Verlaufs und der Unterschied von Durchfällen anderer Art (Dysenterie, Malaria etc.).

Es handelt sich meistens um langwierige und erschöpfende Durchfälle, die ausschließlich oder doch hauptsächlich auf Ergriffensein des Dünndarmes zurückzuführen sind; die Magenverdauung scheint

[1] Es sei beispielsweise an die »Diarrhöe von Cochinchina« und die als Ursache derselben angeschuldigte Anguillula stercoralis erinnert und Ähnliches.

normal, die Zunge ist rein. Nicht immer besteht fortdauernd Diarrhöe; es kann inzwischen selbst zu Verstopfung kommen; dieser unregelmäßige Wechsel ist nach Verf.s Beobachtungen, die mit denjenigen anderer Autoren übereinstimmen, ungemein häufig. Schleimbeimischungen zum Stuhle finden sich oft, aber nicht konstant. Die Stuhlausleerungen sind oft auffallend reichlich; »unverdaute« Massen finden sich nur ausnahmsweise.

Die Pat. kommen mehr und mehr herunter und können an Entkräftung sterben. Sektionsergebnisse sind bisher spärlich. Man hat allgemein Atrophie der Dünndarmwand, speciell der Drüsenapparate in der Schleimhaut, gefunden, keine Ulcerationen etc. — Neben einer zweckmäßigen Diät (vor Allem Milch) ist es besonders wichtig, dass die Kranken einen Ortswechsel vornehmen und wenn möglich die Tropen zeitweilig verlassen. Neben Diät ist Bettruhe fast unerlässlich; man giebt Kataplasmen auf den Leib, Ricinusöl, warme Wasserklystiere. Die Nahrung besteht aus Milch, nahrhaften Suppen, Beef-tea, Biskuits, Wein; Alles nur in kleinen Portionen, aber oft gereicht. Vor allen Dingen aber, und das ist das Neue an Verf. Mittheilung, es giebt ein Mittel, welches specifisch günstig einwirkt: das Santonin. Es liegt demnach natürlich nahe, an einen parasitären Ursprung des Leidens zu denken — doch sind trotz erneuter Aufmerksamkeit keine Würmer oder Eier von solchen in den Stuhlausleerungen gefunden worden. Verf. erinnert daran, dass das Santonin, abgesehen von seiner parasiticiden Wirkung, auch ein starkes Adstringens sei. Die Dosen, welche Verf. verordnet, sind übrigens sehr stark: pro Dosis 0,3 in Olivenöl, 6 Tage lang hinter einander jeden Morgen genommen. Es soll darauf ankommen, gelbes (nicht weißes) Santonin zu geben. **Küssner** (Halle).

---

7. **Lancereaux.** Les conditions pathogéniques et le traitement de l'urémie. Lec. rec. par. Laffitte.

(Union méd. 1890. No. 86 ff.)

Urämie entsteht, wenn bestimmte Stoffe durch die Nieren nicht entfernt werden. Ist die Nierenthätigkeit behindert, so kann der Digestionsapparat dieselbe ersetzen; die Exkretionsstoffe des Urins werden dann durch letzteren abgesondert. Die Innenfläche des Magens ist mit gelbbraunem Schleim bedeckt, die Schleimhaut ist missfarbig, gewulstet; auch im Munde kann sich zäher Schleim befinden; im Dickdarm und Rectum ist die urämische Affektion besonders augenfällig. Auch die Haut kann in einem Theil die Nierenfunktion übernehmen, wofür die Ähnlichkeit des Epithels der Schweißdrüsen und der Tubuli contorti spricht. Wird die Entfernung der Stoffe auf digestivem Wege mangelhaft, so wirken dieselben aufs Nervensystem, besonders auf den Bulbus, und es entstehen die Erscheinungen der »Urémie dyspnéique et cérébro-spinale«. Diese letztere ist von der gastro-intestinalen Form der Urämie zu trennen. Bei der gastri-

schen Urämie besteht theils spontan, theils nach Nahrungsaufnahme Erbrechen; es ist nicht reichlich, grünlich, trübe, sieht wie schmutzige Fleischbrühe aus, enthält dicken Schleim, geht leicht von statten. Der Durchfall bei der intestinalen Urämie liefert reichliche, wässerige, stinkende, grünliche Stühle mit Schleim und reisähnlichen Körnern; keine Tenesmen oder Ermattung. Die cerebrospinale Form scheidet sich in eine cardio-pulmonäre und cerebrale. Bei der letzteren bestehen Krämpfe, Paralysen (bei Nephritis mit Arteriosklerose), Hemiplegie und Kontrakturen fast immer in den Muskeln der Nackengegend oder nach einer Apoplexie in den vier Extremitäten beginnend.

Bei der gastro-intestinalen Form meide man Opiate, verordne Brechmittel oder Drastica (zur Entfernung der toxischen Stoffe aus dem Blute). Werden nach einigen Tagen die Durchfälle zu stark und erschöpfend, so ist Bismuth. salicyl. oder subnitr., selbst Opium am Platze. Zeigen sich Störungen von Seiten des Gehirns, so purgire man wiederum. Die cerebro-spinale Form erheischt, die Wirkung der toxischen Stoffe zu neutralisiren und dieselben zu entfernen. Ersteres erreicht man bisweilen durch Sauerstoffinhalationen; letzteres durch Thätigkeit der Nieren, Verdauungsorgane und der Haut. Die von L. zu diesem Zwecke angegebenen Mittel und Verfahren sind die bekannten. Zu erwähnen ist die vom Verf. angegebene Anwendung der Tinct. cantharid. als Diureticum bei der parenchymatösen Nephritis.

G. Meyer (Berlin).

---

8. **O. Rosenbach.** Über funktionelle Diagnostik und die Diagnose der Insufficienz des Verdauungsapparates.

(Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. IV. Hft. 5.)

Die klinisch genugsam erhärtete Thatsache, dass der Rosenbach'sche Farbstoff im Urin (vgl. dieses Centralblatt 1889 No. 26) die Begleiterscheinung einer Störung in den Darmfunktionen, welcher durchaus verschiedene gewebliche und mechanische Vorgänge zum Grunde liegen können, nicht aber der symptomatische Ausdruck einer bestimmten Gewebsläsion ist, dient dem Verf. als Paradigma zum Ausgangspunkt für die Beurtheilung des wirklichen Werthes klinischer Symptome in der Diagnostik und Prognostik. An ihr begründet er den Satz, dass die von der herrschenden »pathologisch-anatomischen« Schule verlangte Diagnose, welche die Art und den Sitz von Gewebsstörungen in dem erkrankten Körper sucht, zwar eine bequeme Klassifikation der Krankheiten für den Systematiker verbürgt, für den zum Heilen berufenen Arzt aber die größten Schwierigkeiten schafft und somit der wahren Medicin, welche in erster Reihe praktische Ziele verfolgt und erst in zweiter Reihe aus methodischen, formalen Gründen Systeme bildet, Hindernisse und Umwege bereitet. Nicht darauf könne es dem Arzt ankommen (wenigstens nicht allein und nicht in letzter Linie), die groben Gewebsstörungen als die dauernden Veränderungen hochgradig erkrankter Organe festzustellen, son-

dern vor Allem müsse es seine Aufgabe und sein Bestreben sein, in chronischen Krankheiten die ersten Stadien der Erkrankung und zwar dieselben aus den beginnenden Funktionsstörungen der krank gewordenen Theile zu erkennen. Bei der Erkrankung eines jeden Organs, vor Allem deutlich an den muskulösen Hohlorganen — Magen, Darm, Herz —, lässt sich ein Stadium der relativen von dem Endzustand der absoluten Insufficienz unterscheiden; und muss unterschieden werden, weil jenes erstere Stadium die Möglichkeit der Restitutio ad integrum in sich schließt, während in dem letzteren eine Heilung entweder ganz unmöglich ist, oder nur durch kompensatorische Hyperplasie und Hypertrophie homologer Theile, resp. vikariirende Hypertonie analoger Organe geleistet resp. vorgetäuscht, jedenfalls also durch Zustände in Scene gesetzt wird, welche gemeiniglich nicht die normale Dauer der Funktion und Lebensdauer verbürgen, weil sie den Keim des Niederganges in sich tragen. — Nicht bloß der Ausfall einer Leistung, sondern bereits die kleinste Verminderung derselben ist dem Arzt, der heilen will, wichtig. Je frühzeitiger er zu erkennen vermag, ob und wo eine Organinsufficienz, d. h. ein Missverhältnis zwischen geforderter Leistung und Arbeitskraft sich einstellt, desto sicherer wird er durch Herabsetzung der außerordentlichen Arbeit, d. h. des Arbeitsquantums, welches über die zur Erhaltung des ruhenden Körpers, also über die gewissermaßen zum bloßen Betrieb der Maschine nöthige Größe hinausgeht, einer weiteren Insufficienz und der daraus endlich hervorgehenden Gewebsstörung vorbeugen.

Die Insufficienz eines Organs erkennt man 1) an dem Maß der Arbeitsleistung des Organs selbst; 2) aus der Prüfung der Funktion anderer Organe, welche in näherer funktioneller Beziehung zum ursprünglich erkrankten Organe stehen; 3) aus der Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, in dem sich gewissermaßen der Zustand aller Organe wiederspiegelt. (Bichat's Gesetz des »Balancement des organes«. Ref.)

Eine Störung des Allgemeinbefindens giebt natürlich nur indirekte Anzeichen für die Untersuchung, wesshalb R. auf eine Ausführung dieses Punktes nicht eingeht.

Wie das Maß der Leistungsfähigkeit eines Organs bestimmt wird und welche nothwendigen Gesichtspunkte eine derartige Bestimmung zu leiten haben, erörtert R. an der Prüfung der Arbeitsleistung des Magens innerhalb der Anforderungen des gewöhnlichen Lebens; er hebt mit Nachdruck hervor, wie diese Anforderungen nach Individuum, Gewohnheit und Lebensstellung wechseln und die Prüfung natürlich nur Anhaltspunkte für das betreffende Individuum in seinem jeweiligen Zustande geben kann; wie stets zu berücksichtigen sei, dass es den Durchschnittsmenschen, mit dem die therapeutischen Systeme operiren, nicht giebt. (Allerdings giebt es keinen! Aber wir müssen ihn doch, wenigstens innerhalb gewisser Maximal- und Minimalwerthe und für gewisse Gruppen von Lebensbedingungen,

konstruiren, um mit Hilfe eines solchen Vergleichsmaßes überhaupt ein Urtheil über das Pathologische einer Leistung, die Insufficienz eines Organs gegenüber normalem Verhalten sprechen zu können. Ref.)

Die Feststellung des Umfanges außerwesentlicher Arbeitsleistung wird am Paradigma der Herzarbeit und deren Insufficienz gezeigt. Wie die Prüfung der Funktion anderer Organe zu einem Urtheil über den kranken Zustand des betroffenen Organs leitet, zeigt die Beobachtung erhöhter Athmungsthätigkeit zum Ersatz verminderter Herzarbeit.

Weiterhin erbringt R. den Beweis, dass sich die Grundsätze der funktionellen Diagnostik nicht nur auf wohlcharakterisirte, umschriebene Organstörungen anwenden lassen, sondern auch Anwendung finden müssen bei den sog. Stoffwechselkrankheiten, d. h. jenen Störungen in der Körperökonomie, bei denen wir nach dem heutigen Stande unseres Wissens zwar das Vorhandensein einer Funktionsstörung, aber nicht mit Sicherheit das primär oder sekundär erkrankte Organ erkennen können. Der Diabetes mellitus und die ihm verwandten Erkrankungen werden zur Grundlage dieser Erörterungen gewählt, weil das klinische Bild dieser Störungen und die verschiedenen Seiten der Stoffwechselstörung, so wie die abnormen Produkte hier relativ am besten studirt und am leichtesten den Hilfsmethoden zugänglich sind; weil gerade hier evident wird, dass, wenn auch die erkrankten Organe unbekannt sind, der Beginn der Leistungsschwäche sicher erschlossen und die zweckmäßige Abhilfe bei richtiger funktioneller Prüfung gefunden werden kann. Die Empfehlung gesteigerter Muskelarbeit als Heilmittel der Melliturie im Allgemeinen ist ein Beweis unklarer Vorstellung über die Bedeutung des Symptomes der Zuckerausscheidung im Harn; sie bewirkt, wenn es sich um Luxuskonsumption handelt, keine Besserung des Zustandes, sondern nur eine Verschleierung der Sachlage, weil sie das Übel nicht an der rechten Stelle anfasst, sondern eine unproduktive Leistung bedeutet, die auf Kosten einer stärkeren Arbeit des Digestionstractus und einer Überlastung des Blutes mit Zucker erzielt wird. Das Übel kann in diesem Falle nur durch Verminderung der Nahrung beseitigt werden und eine Herabsetzung der Zufuhr von Amylaceen ist das erste Erfordernis. — Andererseits ist bei Personen, die viel Fett ansetzen und Zucker ausscheiden, die Fettbildung seltener die Folge der Luxuskonsumption, als ungenügender Oxydationsvorgänge im Organismus, ungenügender Athmung und ungenügender Muskelarbeit. In solchen Fällen muss Muskelgymnastik empfohlen werden und die Entziehung der Nahrung darf nur Platz greifen, wenn thatsächlich das Vorhandensein einer Luxuskonsumption durch sorgfältige Prüfung erwiesen worden ist. Die Elimination des Zuckers aus dem Urin, auch in den schweren Diabetesformen, als das unter allen Umständen erstrebenswertheste Ziel zu betrachten, ist ein moderner Irrthum, dessen verhängnisvolle Wirkung nur durch eine Erwägung aller Symptome des

Diabetes, wie die funktionelle Diagnostik sie fordert, verstanden und beseitigt werden kann. Ausschluss der Luxuskonsumption und Untersagung aller angestrengten geistigen und körperlichen Thätigkeit, damit allmählich die Nahrungszufuhr — gemischte Kost — bis zur Grenze der Toleranz herabgemindert werde und die insufficiente Gewebsthätigkeit Gelegenheit zum Ausruhen in Minderthätigkeit und also zur Reaktivirung erhalte, sind die Indikationen, welche eine sorgfältige funktionelle Prüfung als richtig erkennt und durchzuführen lehrt.

An die Betrachtung des Diabetes mellitus schließt sich eine Darlegung über die Bedeutung des übermäßigen Fettansatzes und die rationelle Ausgleichung dieser Anomalie an. — Die Beziehungen der Chromogenabscheidung im Urin zu Stoffwechselstörungen und der daraus abgeleitete diagnostische und prognostische Sinn derselben bilden den Gegenstand für weitere Ausführungen des Verf., die zu Erwägungen über die Stellung der Drüsen im Haushalte des Organismus überleiten. R. strengt den Beweis an, dass die Drüsen neben oder eigentlich vor ihrer sekretorischen Funktion in erster Reihe unter den Geweben diejenige Protoplasmaarbeit bethätigen, die wir eben Stoffwechsel nennen, und zeigt, wie die erstere bis zu einem gewissen Grade entbehrlich, die letztere dies nie ist; wie das Princip der »latenten Reservekraft der Organe« eine Erklärung dafür giebt, dass ein verhältnismäßig kleiner Theil einer Drüse nach Exstirpation der Hauptmasse noch der letzteren Funktion zu genügen vermag, während die erstere nahezu erloschen ist.

Der Nachweis des Mangels naturwissenschaftlicher Erkenntnis in dem Haschen nach absoluten Symptomen und dem Suchen nach souveränen Heilmitteln für Krankheitsnamen sind der letzte Gegenstand einer Abhandlung, welche in ihrer weitblickenden und tiefgreifenden Auffassung des Zieles der praktischen Heilkunde sich nahe mit dem Geist berührt, den die Worte athmen, welche Hufeland vor mehr als 50 Jahren schrieb:

»Nicht der Name der Krankheit, nicht das Auffassen ihrer bloßen äußeren Erscheinungen (dahin gehören natürlich auch die anatomischen Läsionen, Ref.), sondern die Erkenntnis des inneren Krankheitszustandes, welcher den äußeren Erscheinungen zum Grunde liegt und welcher allein das Heilungsobjekt einer gründlichen Kur ist, — das ist der Begriff der praktischen Diagnostik.« **G. Sticker** (Köln).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

9. **L. Prochownick u. F. Späth** (Hamburg). Über die keimtödtende Wirkung des galvanischen Stromes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 26.)

Verff. suchten experimentell die Beziehungen zwischen galvanischem Strome und Mikroorganismen zu erforschen. Verff. fanden, dass der positive Pol in hohem Grade antiseptisch, direkt kokkentödtend wirkt. Die Stromstärke und die Einwirkungsdauer ist hier jedoch von Einfluss. Ströme von 60 Milliampères sind bei

¼stündlicher Einwirkung noch im Stande eine Reinkultur von Staphylococcus aureus zu vernichten, während solche von 50 Milliampères dies nicht vermögen. Beim Milzbrandbacillus mussten weit höhere Stromstärken in Aktion treten. Am wirksamsten erwies sich eine Intensität von 200—230 Milliampères bei einer Einwirkungsdauer von ½—1 Stunde, ¼ Stunde genügte nicht. Schwächere Ströme verlangsamten nur das Wachsthum. Streptokokken wurden schon bei 60—80 Milliampères und bei ¼stündlicher Einwirkung zu Grunde gerichtet. Die Kathode erwies sich den Verff. fast stets als absolut unwirksam. Den am +-Pol frei werdenden Chlor ist wohl nach Ansicht der Verff. die Ursache zuzuschreiben für das Erlöschen der Lebensfähigkeit der an der Anode angebrachten Kultur. Die experimentellen Erfolge der Verff. veranlassen sie zur Anwendung des galvanischen Stromes auch bei akutem Tripper. Bei der galvanischen Behandlung im Uterus sei möglichst die Anode zu verwenden. **v. Święcicki** (Posen).

10. **Justyn Karlinski** (Stolâc). Ein Beitrag zur Kenntnis der Cholerabakterien in den Fäces.

(Nowiny lekarskie 1890. No. 7.)

Nach den Angaben von Koch sterben Cholerabakterien in den Fäces bereits nach 27 Stunden ab, nach Kitasato erst nach 3 Tagen, nach Uffelmann nach 96 Stunden, Gruber fand sogar noch nach 15 Tagen Cholerabakterien in den Fäces. Verf. hat durch Vermittlung von Dr. Reichert sich Fäces von Cholerakranken aus der indischen Stadt Lahore kommen lassen und untersuchte sie auf Cholerabakterien. Er fand, dass Kommabacillen selbst nach 28 Tagen in den Fäces nachzuweisen sind, falls man als Nährsubstrat Fleisch-Pankreasgelatine gebraucht. Nährgelatinen nach Gruber, Schottelius und die nach Buchner zubereitet, erwiesen sich als unzureichend. **v. Święcicki** (Posen).

11. **S. Kitasato u. Th. Weyl.** Zur Kenntnis der Anaëroben. II. Der Bacillus Tetani. (Aus dem hygienischen Institut zu Berlin.)

(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII. Hft. 3.)

Die Verf. untersuchten die chemischen Stoffwechselprodukte des Tetanusbacillus in seiner 8 Tage alten Fleischreinkultur desselben. Sie erhielten nach Brieger's Methode aus 1¼ kg Fleisch 1,7 g salzsaures Tetanin, welches in großen Dosen bei Mäusen Krämpfe und Speichelfluss erzeugte. Meerschweinchen wurden nicht inficirt. Ferner konnten sie salzsaures Tetanotoxin herstellen, erzielten aber mit je 0,003 g bei Mäusen keine Krämpfe, sondern Lähmungen der Extremitäten und der Rückenmuskeln. Von weiteren Zersetzungsprodukten fanden sich Schwefelwasserstoff, Indol, Phenol und Buttersäure. **F. Neelsen** (Dresden).

12. **Kitt.** Über Tetanusimpfungen bei Hausthieren.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 10.)

K. fand, dass bei starrkrämpfigen Pferden das Sekret aus Nageltritten (in 5 Fällen) das Virus des Tetanus enthielt. Der getrocknete Eiter war noch nach 4 und 16 Monaten virulent; es wurde aus ihm der Tetanusbacillus unter Anwendung der von Buchner für Anaërobienkultur angegebenen Methode isolirt. Die Reinkultur erzeugte bei Pferd, Schaf und Hund typischen Tetanus.

H. Neumann (Berlin).

13. **Eichel.** Die Wachsthumsverhältnisse des Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus anthracis, Streptococcus pyogenes, Streptococcus erysipelatis im keimfreien Hundeeiter. (Aus dem patholog. Institut zu Greifswald.)

(Virchow's Archiv Bd. CXXI. Hft. 1.)

Staphylococcus aureus und Bacillus anthracis gehen im keimfreien Hundeeiter zu Grunde. So lange als ihre Kolonien auf der Platte erscheinen, ist eine Abnahme der Virulenz nicht festzustellen. Streptococcus pyogenes und erysipelatis

vermögen im gleichen Eiter zu leben und sich zu vermehren. Der Streptococcus pyogenes bleibt dabei sicher virulent. **F. Neelsen** (Dresden).

14. **Ch. J. Foote.** The sterilisation of feces.

(Amer. journ. of the med. sciences 1889. Oktober.)

F. untersuchte mit übermangansaurem Kali, Weinsteinsäure oder Salzsäure gemischte Sublimatlösungen, so wie Chlorkalk, Eisensulfat, Salzsäure und Karbolsäure auf ihre Fähigkeit, mit Urin vermischte Fäces zu desinficiren. Er fand, dass mit Salzsäure oder mit übermangansaurem Kali versetztes Sublimat, so wie Chlorkalk am besten desinficiren; für die Praxis zieht er letzteres den erstgenannten Lösungen vor, weil es die Leitungsröhren weniger angreift.

H. Neumann (Berlin).

15. **R. Tripier.** Note sur un fait contribuant à établir l'existence de l'endocardite tuberculeuse.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1890. No. 3.)

Verf. fand in einem Fall von Miliartuberkulose bei einem 14jährigen Knaben eine akute Endocarditis der Mitralklappen und auf ihrer unteren Fläche einen Tuberkel. Der histologische Befun dwird sehr genau geschildert, auf Tuberkelbacillen wurde nicht genügend untersucht. Es handelt sich hier nach T. nicht nur um eine miliare Tuberkulose des Endocards, sondern auch um eine Endocarditis tuberkulöser Natur. Er glaubt, dass letztere kein ganz seltenes Vorkommnis sei, doch verlaufe sie oft symptomlos und selbst in den Fällen, wo eine Funktionsstörung der Klappen entstehe, bleiben gewöhnlich eine Herzhypertrophie und Cirkulationsstörungen aus. Er selbst secirte 2—3 Fälle von Aortenklappeninsufficienz und noch mehr Fälle von Mitralklappeninsufficienz, in denen bei tuberkulösen Individuen zu einer alten Endocarditis eine frische hinzugetreten war und glaubt, dass die noch viel häufigeren Befunde einer geheilten Endocarditis bei Tuberkulose ebenfalls mit letzterer in Beziehung zu stehen pflegen. Trotzdem hält er an dem Antagonismus zwischen Tuberkulose und Herzkrankheiten fest und zwar in dem Sinne, dass selbst bei gleichzeitiger tuberkulöser Erkrankung des Endocards und der Lunge eine hochgradige Erkrankung des einen Organs die Ausbreitung der Tuberkulose in dem anderen einschränke. **H. Neumann** (Berlin).

16. **R. Wurtz et H. Bourges.** Recherches bactériologiques sur l'angine pseudo-diphthérique de la scarlatine.

(Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. 1890. No. 3.)

Verff. untersuchten bei 11 Scharlachkindern mit Diphtherie die Pseudomembranen. In 9 Fällen hatte sich die Diphtherie schon in den ersten Tagen des Scharlachs entwickelt, in 2 Fällen erst 7 bezw. 36 Tage nach dem Ausbruch des Exanthems. In der ersten Reihe fand sich immer der Streptococcus, meist mit dem Staphylococcus pyog. aureus oder albus vermischt, während der Löffler'sche Diphtheriebacillus vermisst wurde. Hingegen fand sich der letztere in den 2 Fällen, welche sich erst spät entwickelt hatten. Den Streptococcus sehen die Verff. nur als nahe verwandt, aber nicht identisch mit dem Erysipelcoccus an. Impfung in den Schnabel von Tauben ergab zuweilen eine diphtheritische Auflagerung.

Es stimmen diese Untersuchungen mit denen anderer Autoren darin überein, dass die Scharlachdiphtherie oder besser »Nekrose« bakteriologisch von der genuinen Rachendiphtherie zu trennen ist, welche letztere natürlich auch gelegentlich bei Scharlachkindern vorkommen kann. Die Verf. warnen mit Recht davor, Fälle von Diphtherie und von Scharlachnekrose zusammenzulegen.

H. Neumann (Berlin).

17. **Netter et Mariage.** Note sur deux cas de suppurations osseuses à la suite de fractures non compliquées de plaie. Infection par des microbes puisés dans les premières voies. Ostéites suppurées dues au Streptocoque pyogène et au pneumocoque.

(Extr. des Compt. rend. d. séances de la soc. de biol. Séance du 7. juin 1890.)

Die Überschrift giebt schon das Wesentliche der Mittheilung. Wir ergänzen sie noch durch das bei jedem der Fälle gegebene Résumé.

1) Rippenfraktur. Pneumothorax und subkutanes Emphysem. Sektion: Eiterung an der Frakturstelle und dem benachbarten Knochen. Pneumothorax. Fibrino-purulente Pleuritis. Bronchopneumonie. Eitrige Otitis. Eiter in den luftführenden Schädelhöhlen. Streptococcus ausschließlich im Knochen und um den Bruch vorhanden, in den bronchopneumonischen Herden und dem Eiter der Otitis mit dem Staphyloc. pyog. aureus vermischt.

2) Fall von einer Treppe. Unkomplicirte Fraktur der Crista iliaca und der Rippen. Pneumonie. Sektion: Graue Hepatisation. Eiterung an der Bruchstelle und am Knochen. Der Pneumoniecoccus an der Bruchstelle und im benachbarten Knochenmark ausschließlich, im pneumonischen Saft mit anderen Bakterien vermischt vorhanden. Bruch des Os iliacum und einer Rippe.

Aus diesen Analysen geht hervor, wie die Vereiterung der unkomplicirten Wunden durch Bakterien veranlasst wurde, welche im Körper schon an anderen Stellen vorhanden waren. **H. Neumann** (Berlin).

18. **Herz.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der genuinen krupösen Pneumonie.

(Wiener med. Wochenschrift 1890. No. 13—15.)

Die Beobachtung einer kleinen Pneumonieepidemie von 12 Fällen in einer Kaserne, die, wenn auch verschieden betreffs Dauer, Verlauf und Komplikation doch ein zusammenhängendes Ganze bildeten, giebt H. Veranlassung zur Besprechung einiger pathologischer und therapeutischer Fragen. Insbesondere beschäftigt sich Verf. mit der Frage, ob einmal überstandene Pneumonie eine Immunität oder erhöhte Disposition für diese Erkrankung hinterlässt. Das letztere ist wahrscheinlich; zur Erklärung dieses Faktums greift H. auf die Unterscheidung Pettenkofer's von entogenem und ektogenem Krankheitsagens zurück. Diejenigen pflanzlichen Organismen, Mikroben, welche in den menschlichen Körper eindringen, in demselben wachsen und sich vermehren (entogen) und dadurch den Menschen krank machen (Blattern-, Scharlach-, Maserngift), häufen durch ihr Wachsthum, durch Abfälle und Reste des Zellleibes selbst im Blute specifische, vegetationshemmende Stoffe an, wodurch das weitere Gedeihen dieser Organismen behindert wird, d. h. der Mensch immun ist, bis nach Jahren der menschliche Körper von seinem Überfluss befreit wird, seine Immunität verliert. Bei den ektogenen Krankheitskeimen kann dieser Vorgang nicht stattfinden. Mit dieser Hypothese erklärt sich auch die bekannte Thatsache, dass auf große Epidemien seuchenfreie Jahre folgen, eben so das Abwechseln der Kinderkrankheiten: in einem Jahre herrschen Masern, im zweiten Scharlach, dann Varicellen etc.

In Bezug auf die Therapie rühmt H. den Werth der kalten Vollbäder, die auf das Allgemeinbefinden außerordentlich günstig wirken und ganz gefahrlos sind. Die Darreichung von Antipyrin und Natr. salicyl. erwies sich als nutzlos. **M. Cohn** (Berlin).

19. **Laqueur.** Ein Fall von beiderseitiger embolischer Iridocyclitis nach Influenza.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 36.)

Eine 43jährige gesunde Frau wird am 7. Tage nach Beginn einer Erkrankung an Influenza plötzlich von starken Kopfschmerzen und einer Umflorung des Gesichts ergriffen. In weniger als einer halben Stunde ist sie auf beiden Augen bis auf Lichtschein erblindet. L. findet 4 Tage später auf beiden Augen die Zeichen einer beiderseitigen Iridocyclitis mit plastischem Exsudate. Beiderseits bestand ein ansehnliches Ödem des Oberlides, eine starke Injektion der Conjunctiva bulbi, eine erhebliche Chemosis nach unten. Temperatur beiderseits normal. Im rechten Auge war die Cornea nahezu klar und die vordere Kammer von normaler Tiefe, die Pupille kreisrund von ca. $3^1/_2$ mm Durchmesser, aber das ganze Pupillargebiet war von einer grauen, gelatinösen Exsudatmasse bedeckt, welche unmittelbar vor der Pupillarebene gelegen war, mit einer dicken Flocke nach vorn gegen die Hornhaut sich erstreckte und fast den ganzen äußeren Iristheil verdeckte. Im linken Auge

waren die Verhältnisse ganz analog, nur dass das Exsudat sich weiter nach oben ausdehnte. S rechts = Finger in 0,3 m; links = Lichtschein.

Die Behandlung bestand in Einträufelungen von Atropin und energischer Merkurialisation. Später wurde die linke vordere Kammer punktirt; die bakteriologische Untersuchung des Kammerinhaltes ergab ein völlig negatives Resultat. Nach 4 Wochen konnte die Pat. als geheilt entlassen werden. Auf dem rechten Auge hatte die Sehschärfe den Werth von 1 erreicht, auf dem linken den von $^1/_3$—$^1/_2$. Links waren zwei sehr kleine hintere Synechien als einzige Reste des überstandenen schweren Leidens zurückgeblieben.

Die Diagnose eines embolischen Processes, so wie der Zusammenhang mit der mittelbar vorausgegangenen Influenza düfte in diesem Falle unzweifelhaft sein.

M. Cohn (Berlin).

20. **J. Glower.** Des troubles et des lésions de l'oreille dans l'epidémie de grippe de 1889—1890.

(Annal. des malad. de l'oreille etc. 1890. Februar.)

21. **R. Chatellier.** Cinq observations d'otites moyennes suppurées graves consécutives à la grippe.

(Ibid. März.)

G. theilt 15 Beobachtungen von akuter Mittelohrentzündung im Anschluss an Influenza mit. Die letztere selbt war bei den betreffenden Personen mit mäßiger Intensität aufgetreten, immer aber waren starke katarrhalische Erscheinungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes vorhanden gewesen. Eine Anzahl hatte auch schon früher wiederholt mehr oder minder heftige Anginen u. dgl. durchgemacht. Die Mittelohrerkrankungen, die größtentheils mit Eiterung und Perforation des Trommelfelles verliefen, bieten sonst nichts Bemerkenswerthes. In einem Falle wurde im Eiter der Streptococcus pyogenes nachgewiesen. —

Die Beobachtungen C.'s betreffen alle schwerere Fälle, in denen eine operative Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgenommen wurde, die aber sämmtlich gut abliefen.

Kayser (Breslau).

22. **Scheibe.** Bakteriologisches zur Otitis media bei Influenza.

(Centralblatt für Bakteriologie u. Parasitenkunde 1890. No. 8.)

Das Resultat der Untersuchungen des Verf. stimmt, abgesehen von einem einmaligen Befunde von Staphylococcus pyogenes aureus und einer nicht näher beschriebenen Kokkenart ungefähr mit den Befunden anderer Autoren überein, indem der Diplococcus pneumoniae, der Streptococcus pyogenes und der Staphylococcus pyogenes albus sich vorfand. Bei der direkten mikroskopischen Untersuchung des dem Mittelohr entnommenen Sekretes fanden sich aber außerdem in allen 8 untersuchten Fällen Stäbchen, die auf keinem der gewöhnlichen Nährböden gediehen. Ihre Größe war eine ziemlich verschiedene. Die Breite schwankte zwischen 0,2 und 0,8 μ, die Länge zwischen 1,0 und 3,2 μ. Auch die Gestalt der Stäbchen bot Variationen dar. Meist waren sie an den Enden abgerundet, seltener zugespitzt. Oft zeigten sie sich wurstförmig gekrümmt, manchmal keulenförmig verdickt. Die Stäbchen bildeten, wenn sie nicht einzeln lagen, unregelmäßige Gruppen. Die kleinster Form aber lagen sehr gern, sich nicht berührend, parallel oder in spitzem Winkel neben einander. Die Bacillen fanden sich meist frei im Serum. Ihre Anzahl war um so größer, je weniger Zeit zwischen Ausbruch der Influenza und Beginn der Otitis verstrichen war und je heftiger die Schmerzen zur Zeit der Untersuchung waren.

Ob diese Stäbchen die Bedeutung eines der Influenza ausschließlich zugehörigen Krankheitserregers haben, lässt Verf. dahingestellt. **M. Cohn** (Berlin).

23. **J. Purjesz** (Budapest). Akute Entzündung der Trommelhöhle als Komplikation bei Influenza.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 20.)

Bei den an Influenza Erkrankten beobachtete Verf. akute Trommelhöhlenentzündungen, welche in einzelnen Fällen bereits im Anfange der Influenza auf-

traten. Auch hier wurden Ekchymosen am Trommelfell, mit Blut gefüllte Blasen an demselben beobachtet. Irgend welche andere Besonderheiten der Erkrankung werden nicht erwähnt. **B. Baginsky** (Berlin).

24. **Kürt.** Behandlung des Laryngospasmus.

(Sitzungsberichte der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)
(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 22.)

R. machte bei einem 6jährigen Kinde, das im Verlaufe des Keuchhustens von schweren Konvulsionen und begleitenden leichten Stimmritzenkrämpfen befallen wurde, die Entdeckung, dass man im Stande sei, durch Reizung der Bindehaut des Auges oder der Nasenschleimhaut, also vom Trigeminus aus, hemmend auf den N. laryngeus recurrens zu wirken. Hiervon machte K. zunächst beim Spasmus glottidis der Kinder therapeutisch Gebrauch, indem er den Kindern zu Beginn des Anfalles, so wie auch unabhängig von demselben das Bartende einer Kielfeder, welches zur Erhöhung der Wirkung und auch in der Absicht der Mutter ein Medikament in die Hand zu geben, in ein Gemenge von Chinin und Saccharin getaucht wurde, in eine Nasenöffnung einführen ließ, wodurch nahezu momentan jeder Anfall koupirt wurde. Diese Methode hatte nahezu durchwegs auch eine kurative Wirkung, indem die Anfälle auf mehrmalige Anwendung derselben überhaupt erloschen. **M. Cohn** (Berlin).

25. **Rindfleisch.** Über den Fehler der Blutkörperchenbildung bei der perniciösen Anämie.

(Virchow's Archiv Bd. CXXI. Hft. 1.)

Die Untersuchung des sehr hochgradig veränderten Knochenmarkes von einem Fall von perniciöser Anämie theils frisch, theils an gehärteten Schnitten zeigte eine auffallend geringe Zahl von farblosen Zellen. Fast alle Zellen des Markes waren kernhaltige rothe Blutkörperchen, Hämatoblasten mit der typischen excentrischen Lage des Kernes. Die meisten dieser Hämatoblasten zeigten aber sehr unregelmäßige Gestalt und ganz abnorme Größe, bis zu 50 μ im längsten Durchmesser. R. sieht auf Grund dieses Befundes das Wesen der perniciösen Anämie darin, dass das hämoglobinhaltige Protoplasma anstatt in kernlose rothe Blutkörperchen umgewandelt zu werden, wie ein Vorrathsstoff in den Zellen aufgespeichert wird, welche als Vorstufen der rothen Blutkörperchen anzusehen sind. Die Hämatopoese macht bei der Bildung dieser Vorstufen Halt; sie behalten ihre Kerne, setzen in übermäßiger Weise hämoglobinhaltiges Protoplasma an und werden massenhaft als »für die Ernährung werthlose Zellriesen« im Knochenmark angehäuft, während das Blut an fertigen rothen Blutkörperchen verarmt.

F. Neelsen (Dresden).

26. **K. Hess** (Heidelberg). Beitrag zur Lehre von den traumatischen Leberrupturen.

(Virchow's Archiv Bd. CXXI. Hft. 1.)

Kasuistische Mittheilung von 3 Fällen traumatischer Leberruptur, bei welchen nach wenigen Stunden, nach 2 resp. 15 Tagen der Tod eintrat. In diesem letzteren Falle zeigte sich frische Narbenbilduug an der Rupturstelle. Verf. konnte in der jungen Narbe die bei Thierexperimenten vielfach beobachteten, von Podwyssozki u. A. beschriebenen Zellstränge nachweisen. Er hält sie, übereinstimmend mit den Angaben früherer Autoren, für Vorstadien junger Leberzellen und glaubt, dass sie zum Theil von den Leberzellbalken, zum größeren Theil von den ursprünglichen Gallengängen ausgehen. In allen 3 Fällen konnte ein Übertritt von Leberzellen in die Gefäße der Leber, in einem mit beträchtlicher Zertrümmerung auch embolische Verschleppung in den Lungenkreislauf konstatirt werden.

F. Neelsen (Dresden).

27. **Schmorl.** Ein Fall von Soormetastase in der Niere.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 11.)

Bei einem an Typhus abdom. gestorbenen 10jährigen Mädchen fanden sich neben einer ausgedehnten diphtheritischen Verschorfung der Rachenschleimhaut im

Mund, Rachen und Ösophagus Soorwucherungen, ferner wurde aus Milz und Niere der Soorpilz gezüchtet und in der Niere dem Soorpilz zugehörige Wuchsformen mikroskopisch nachgewiesen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab außerdem — neben Typhusbacillen in der Milz — eine sekundäre Infektion mit Staphylo- und Streptokokken.

H. Neumann (Berlin).

28. **Leubuscher.** Aus der Praxis.

(Sep.-Abdr. aus dem Korrespondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1890. No. 3.)

1) Plötzlicher Tod im Säuglingsalter.

Ein 1monatliches rachitisches aber durchaus munteres und wohlgenährtes Kind wird Morgens todt im Bette gefunden. Sektionsbefund: Zeichen von Rachitis. Sehr große Thymusdrüse (Gewicht 40,7 g).

Als Todesursache nimmt L. einen Spasmus glottidis an; der großen Thymusdrüse wäre dann eine indirekte Beziehung zum Tode durch reflektorische Erregung des Stimmritzenkrampfes zuzuschreiben.

2) Akute Carcinose.

Ein 63jähriger gesunder und kräftiger Mann erkrankt akut unter Schmerzen in der Lebergegend und Verstopfung. Diagnose: Gallensteinkolik. Nach anfänglicher Besserung tritt unstillbares Erbrechen ein. Bald Ascites. Kein Fieber; kein Ikterus. Rapider Kräfteverfall. Drei Wochen nach Beginn der Krankheit Exitus.

Sektionsergebnis: Ausgebreitete Carcinose des Unterleibes.

Der Verlauf dieser Carcinose bietet viel Ähnlichkeit mit dem einer akuten Infektionskrankheit, z. B. der akuten miliaren Tuberkulose.

M. Cohn (Berlin).

29. **P. le Noir et P. Besançon.** Observation de myopathie progressive primitive. Type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine.

(Revue de méd. 1890. No. 4.)

Die Verff. geben die ausführliche Krankheitsgeschichte eines typischen Falles der von Landouzy-Déjerine und zahlreichen anderen Autoren geschilderten Form von progressiver Muskelatrophie wieder. Der Beginn der Krankheit des 23jährigen Pat. fiel in das 10. Lebensjahr. Heredität bestand nicht. Die bereits früher bekannte Thatsache, dass bei dieser Affektion Muskeln, die schon frühzeitig sich abnorm stark entwickeln, besonders zur Erkrankung prädisponiren, konnten die Verff. in diesem Falle bestätigen.

Drei Abbildungen dienen zur Illustration des Falles.

A. Neisser (Berlin).

30. **Gauthier.** Un cas d'acromégalie.

(Progrès méd. 1890. No. 21.)

Die vorliegende Arbeit liefert einen neuen Beitrag zur Geschichte der so interessanten Krankheit, deren Erkenntnis auch durch werthvolle Arbeiten deutscher Forscher, u. A. Virchow, W. A. Freund, gefördert worden ist. Der hier beschriebene Fall entspricht ganz dem Bilde, das P. Marie von dieser Erkrankung aufgestellt hat und das in No. 34 d. vor. Jahrg. d. Zeitschrift eingehende Würdigung erfahren hat. Wir wollen desshalb die ausführlich gegebene Krankengeschichte hier nicht rekapituliren, sondern auf das Original verweisen. In der Epikrise bespricht Verf. die Pathologie und Symptomatologie der Akromegalie in klarer und übersichtlicher Weise. Der beschriebene Krankheitsfall wird durch Wiedergabe zweier Photographien erläutert. **M. Cohn** (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und ein Prospekt von Knoll & Co., chem. Fabrik in Ludwigshafen a. Rh., betr. „Diuretin-Knoll“.

Centralblatt

für

KLINISCHE MEDICIN

herausgegeben von

Binz, Bonn, **Gerhardt**, Berlin, **Leube**, Würzburg, **Leyden**, Berlin, **Liebermeister**, Tübingen, **Naunyn**, Straßburg i/E., **Nothnagel**, Wien,

redigirt von

A. Fraenkel,
Berlin.

Elfter Jahrgang.

Wöchentlich eine Nummer. Preis des Jahrgangs 20 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 52. **Sonnabend, den 27. December.** **1890.**

Inhalt: **van der Harst** jun., Über Hämoglobingehalt und Menge der rothen Blutkörperchen bei anämischen Zuständen. (Vorläufige Mittheilung.)

1. **v. Kórányi** und **Tauszk**, Physiologie der von der Großhirnrinde ausgelösten Bewegungen und Krämpfe. — 2. **Ziehen**, Beziehungen der infracorticalen Ganglien zum epileptischen Anfall. — 3. **Sanarelli**, Regeneration von Wunden des Gehirns. — 4. **Raymond**, Muskelatrophien nach traumatischen Gelenkentzündungen. — 5., 6. **Roux** und **Linossier**, Soorpilz. — 7. **Bitter**, Pasteurisiren der Milch. — 8. **Manchot**, Wahre Aneurysmen. — 9. **Rauzier**, Herzaffektionen bei Malaria.

10. **Roux** und **Nocard**, Giftigkeit des Speichels bei Rabies. — 11. **Escherich**, Ätiologie der Diphtherie. — 12. **Hansen**, Lepra. — 13. **Redet** und **Roux**, Bacterium coli commune und Typhus. — 14. **Arustamoff**, Typhöse Pneumonie. — 15. **Combemale** und **Dubiquet**, Wirkungen des Ferrocyankalium. — 16. **Ölkers**, Quecksilber in Bandwürmern. — 17. **Kozlowski**, Osteosarkom der Lunge. — 18. **Lauenburg**, Geheilte Larynxtuberkulose. — 19. **Csatáry**, Sublimatinhalationen bei Tuberkulose. — 20. **Musser**, Tuberkulöse Pericarditis. — 21. **Grödel**, Nervöse Herzstörungen. — 22. **Leva**, 23. **Einhorn**, Rumination. — 24. **Schmitz**, Cystitis bei Diabetes. — 25. **Feleki**, Tendovaginitis im Gefolge von Gonorrhoe. — 26. **Goldscheider**, Empfindlichkeit der Gelenkenden. — 27. **Weir-Mitchell** und **Burr**, Chorea. — 28. **Schmaus**, Seitenstrangerkrankung bei Tabes. — 29. **Peyer**, Konträre Sexualempfindung. — 30. **Schneidemühl**, Laryngeale und tracheale Arzneianwendung in der Thiermedicin. — 31. **Lemoine**, Giftigkeit der Borsäure. — 32. **v. Hofmann**, 33. **Kaposi**, Sublimatvergiftung und Vergiftung mit Sol. Plenckii.

(Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Thomas in Freiburg i/Br.)

Über Hämoglobingehalt und Menge der rothen Blutkörperchen bei anämischen Zuständen.

(Vorläufige Mittheilung.)

Von

Dr. med. **J. J. van der Harst jr.**

1) Bei leichten Chlorosefällen bewegt sich die Blutkörperchenzahl im Bereich des Normalen; bei denjenigen Chlorosen, wo der Hämoglobingehalt sehr stark abgenommen hat, ist auch die Menge

der Blutkörperchen vermindert, aber bei Weitem nicht so stark wie bei Anämie, bei welcher Blutkörperchenzahl und Hämoglobingehalt sich ungefähr parallel unterhalb der Norm bewegen.

2) Durch den vergleichenden Gebrauch verschiedener Apparate zur Hämoglobinbestimmung (Gowers, v. Fleischl, Hénocque) habe ich gefunden, dass das Gowers'sche Instrument das empfehlenswertheste ist.

Der Apparat von Fleischl giebt ungenaue und auch oft widersprechende Resultate. Die Pipetten, welche meinem Instrumente beigegeben sind, sind auch falsch geaicht; eine genaue Bestimmung des Inhaltes derselben verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Prof. Warburg, Direktor des physikalischen Instituts, welcher einen Werth von ungefähr $1^1/_2$ ccm unterhalb der Angaben des Verfertigers des Instrumentes konstatirt.

Das Hénocque'sche Hämatoskop ist zwar handlich, kann aber auf Genauigkeit keine Ansprüche machen. Die Ablesungen werden sehr beeinflusst von der Helligkeit des Tageslichtes; es ist weiter sehr schwer zu entscheiden, welche Ziffern man noch lesen kann, welche nicht, besonders weil man die Zahl kennt, welche auf einer bestimmten Stelle stehen muss.

---

1. **A. v. Korányi** und **F. Tauszk** (Budapest). Beiträge zur Physiologie der von der Großhirnrinde ausgelösten Bewegungen und Krämpfe.

(Internationale klin. Rundschau 1890. No. 14.)

Exstirpation und Reizung von Gehirnrindenpartien haben unzweifelhafte Thatsachen geliefert; die Auslegung derselben blieb jedoch bis jetzt eine verschiedene. So leugnet Goltz die Existenz von motorischen Sammelpunkten an der Oberfläche des Gehirns. v. K. und T. haben die Methode der Exstirpation und Reizung kombinirt. Es muss angenommen werden, dass die gereizte Hirnrinde länger als die Reizung dauert, in einem erregten Zustande verharrt. Daraus lässt sich folgern, dass durch Summirung von Reizen »die Erregbarkeit des Großhirns so hoch gesteigert werde, dass die den Rindenreiz überdauernde Erregung zur Auslösung einer Bewegung genüge«.

Nach Bloßlegung einer Hemisphäre (am Kaninchen) wurde auf die erregbare Zone Liebig'sches Fleichextrakt applicirt. Hierbei kommt es nie zu allgemeinen Krämpfen; nur in den Gesichtsmuskeln werden klonische Zuckungen wahrnehmbar. Treten diese in die Erscheinung, so genügt schon die Berührung der Backenhaut, um Zuckungen an den von der bloßgelegten Gehirnseite innervirten Extremitäten hervorzurufen. Erreicht die Gehirnreizung einen höheren Grad, so kann man durch den taktilen Reiz allgemeine Konvulsionen hervorrufen. Die Krämpfe überdauern den Hirnreiz, was Franck als charakteristisches Merkmal für die Epilepsie angegeben hat. Löwenfeld charakterisirt die Jackson'sche Epilepsie als »eine Krampf-

form, welche das Symptom einer Rindenläsion bildet«. Diese Definition passt auch auf die Krämpfe, welche bei Kaninchen erzeugt werden können. Wird z. B. die linke erregbare Zone gereizt, so tritt die Reflexbewegung im rechten Vorderbeine auf, um sich unter gewissen Bedingungen in der Art der Rindenepilepsie auf die übrigen Körpertheile fortzupflanzen. Diese Reflexe entsprechen ferner dem Gesetz der gleichseitigen Leitung und dem der Reflexsymmetrie nicht, weil es gleichgültig ist, ob der Reflex von der rechten oder linken Körperseite ausgelöst wurde. Reizung der erregbaren Zone bringt eine Reflexverbindung zu Stande, welche dieselben Bewegungen erzeugt, wie eine Reizung der Gehirnrinde selbst. Wurde die gereizte erregbare Zone abgetragen, so konnte der Reflex eine kurze Zeit hindurch nicht ausgelöst werden. Schließlich trat er jedoch mit derselben Stärke auf, wie vor der Exstirpation. Auch nach der stückweisen Abtragung des Großhirns konnte der Reflex ausgelöst werden.

Es liegt also das Centrum der durch Rindenreizung erzeugten Bewegungen, eben so das Centrum der Rindenepilepsie, nicht in der Hirnrinde. Doch würden durch Rindenreizung gewisse Reflexcentren leichter erregbar, deren Sitz wahrscheinlich das Mittelhirn ist.

A. Kronfeld (Wien).

---

2. **Th. Ziehen.** Zur Physiologie der infracorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall.

(Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Hft. 3.)

Z. legte die Konvexität beider Hemisphären frei, entfernte nach doppelter Unterbindung des Sinus longitudinalis die Dura mitsammt der Falx und trug dann vorsichtig unter Vermeidung von Zerrungen mittels scharfen Schnittes die Konvexität der Hemisphären nebst der den Thalamus überlagernden Fornixplatte ab. Die Zahl der verwerthbaren Versuchsthiere, Kaninchen, betrug 53. Die Reizung geschah durch Berührung, Einstich, schwachen faradischen Strom und Schnitt.

Die Versuchsergebnisse sind folgende:

1) Mechanische und faradische Reizung des Corpus striatum so wie Totalschnitte im Niveau desselben erzeugen nur gelegentlich motorische Erscheinungen und zwar einmalige oder die Reizung nicht überdauernde tonische Kontraktionen, überwiegend auf der der Reizung gegenüber liegenden Seite, so wie bei Reizung der vorderen motorischen Rindenregion. Ein Nodulus cursorius existirt nicht. Für den Linsenkern gilt dasselbe wie für den Schweifkern.

2) Mechanische und faradische Reizung des Sehhügels lösen öfters einmalige oder tonische, den Reiz nicht überdauernde Kontraktionen der gekreuzten und gleichseitigen Körpermuskulatur aus. Durchschneidungen des Hirnstammes im Gebiete der Sehhügel, namentlich in ihren hinteren Theilen so wie im Gebiet der vorderen Vierhügel lösen, wenn sie an der Basis nicht vor dem Chiasma und nicht hinter der Ponsmitte erscheinen, regelmäßig stürmische Laufbewegungen

mit Lokomotion und Schreien aus. Mechanische und faradische Oberflächenreizung der vorderen Vierhügel bewirken Respirationsbeschleunigung, Brummen, Quieken, Schwanzhebungen, Nystagmus, Pfotenspreizung und stürmische Lokomotion.

3) Jegliche Reizung im Gebiet der hinteren Vierhügel löst einen tetanischen Krampf und nachfolgende Schlagbewegungen ohne Lokomotion aus, wobei die gleichseitigen motorischen Effekte prävaliren. Der tetanische Krampf überdauert den Reiz minutenlang.

Verf. hält die beobachteten motorischen Reizeffekte für reflektorischen Ursprungs. Er nimmt an, dass die sensiblen oder sensorischen Bahnen für die Laufbewegungen mit Lokomotion in dem Tractus opt., die Bahnen für die tetanischen Krämpfe in der Haubenbahn, speciell in der dort gelegenen Acusticusbahn verlaufen. Die Stellen der Übertragung des Reizes auf die motorische Bahn sind wahrscheinlich die Kniehöcker oder die grauen Massen der Haube. Die motorischen Bahnen, die die bezüglichen Impulse der Körpermuskulatur zuleiten, sind nicht die Pyramidenbahnen, da ihre Verbindungen mit sensiblen Haubenbahnen beim Kaninchen fehlen, und die Reizeffekte vorwiegend gleichseitige sind. Die motorischen Erscheinungen beruhen nicht lediglich auf einem Fortfall von Hemmungen, da sie auch auftreten, wenn das Großhirn vorher nicht ausgeschaltet ist. In Bezug auf den Ursprung der tonischen und klonischen Krämpfe findet Z. seine früher bereits gemachten Erfahrungen bestätigt. Mit Rücksicht hierauf polemisirt Z. gegen die namentlich von Unverricht verfochtene Theorie des ausschließlich corticalen Ursprungs der genuinen menschlichen Epilepsie und hebt hervor, dass der tonische Krampf in dem durch faradische Rindenreizung erzeugten Anfall nicht durch Summation der corticalen klonischen Zuckungen dieses Anfalles, sondern ganz unabhängig von diesem infracortical zu Stande kommt. **A. Neisser** (Berlin).

---

3. **G. Sanarelli.** I processi riparativi nel cerevello e nel cerevelletto.

(Riforma med. 1890. No. 105.)

Untersuchungen an Thieren, welchen S. Wunden des Großhirns oder Kleinhirns mittels geglühter Nadeln unter aseptischen Maßregeln beibrachte, ergaben, dass alsbald nach der Verletzung im verwundeten Gewebe drei deutlich unterschiedliche Regionen auftreten, welche durch ihre geringere oder stärkere Entwicklung den Grad des Traumas bezeichnen. In der ersten Region, welche das Centrum des Traumas einnimmt, findet man nur nekrotische Massen der zerstörten Gewebe; die zweite, welche eine Zone um die erste bildet, weist entartete Gewebselemente auf; die dritte äußerste Zone erscheint als Herd eines entzündlichen Processes. Die wichtigsten Veränderungen der Nervenzellen bestehen in erheblicher Schwellung ihres Protoplasmas, wodurch sie Bläschenform annehmen; auch die protoplas-

matischen Fortsätze der Zellen erleiden Anschwellungen derart, dass sie einen rosenkranzähnlichen Anblick gewähren (Osmium-Bichromatfärbung nach Golgi). — Drei Tage nach den Verletzungen findet man sowohl in den Nervenzellen wie in den Neurogliazellen und in den Gefäßendothelien karyokinetische Bildungen, welche nach 12 Tagen nahezu völlig verschwunden sind, besonders in den Ganglienzellen, in welchen sie nicht in typischer Weise zur Entwicklung kamen und nicht den Charakter der echten indirekten Kerntheilung zeigten. Um dieselbe Zeit findet man im Stichkanal Bindegewebselemente in Gestalt epitheloider Zellen, augenscheinlich von eingewanderten Leucocyten abstammend. In dem normalen nervösen Gewebe und in der äußeren Zone der kranken Stelle sind überdies ähnliche Elemente mit Riesenkernen anzutreffen, reich an Chromatin, von verschiedener Gestalt, wahrscheinlich die Produkte einer atypischen und unvollständigen Karyokinese in Narbenzellen. — Nach 80 Tagen ist Stichkanal und Umgebung von einem Nervengewebe erfüllt, in welchem Nervenzellen durchaus vermisst werden. **G. Sticker** (Köln).

---

4. **Raymond.** Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques.

(Revue de méd. 1890. No. 5.)

Verf. stellte an Hunden Experimente an, um die Pathogenese der nach traumatischen Gelenkentzündungen auftretenden Muskelatrophien zu erweisen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen ist folgendes:

Nach der Verletzung eines Gelenkes eines Körpergliedes kann man verschiedene Störungen beobachten: funktionelle Schwäche, Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe, der idiomuskulären Zuckungen, der faradischen Erregbarkeit, Veränderungen der Sensibilität, und vor Allem Muskelatrophie. Diese Atrophie erstreckt sich besonders auf die interfibrilläre Muskelsubstanz.

Die Muskelatrophie kommt nicht zu Stande, wenn die hinteren Wurzeln des Rückenmarkes, welche zur Erzielung des Muskelreflexes nöthig sind, durchtrennt oder vernichtet sind.

Der physiologische Mangel der Seitenstränge bei neugeborenen, ihre Zerstörung oder Durchschneidung bei erwachsenen Thieren begünstigen den Fortschritt der Atrophie an dem Gliede, dessen Gelenk verletzt ist; Halbdurchschneidung des Rückenmarkes befördert den Gang der Atrophie auf der Seite der Rückenmarksläsion, nicht auf der entgegengesetzten Körperhälfte, wenn gleiche Gelenke beider Körperhälften Sitz der Verletzung waren.

Die Vorderhörner des Rückenmarkes und die peripheren Nerven weisen dabei niemals eine anatomische Veränderung auf.

Die Muskelatrophie im Anschluss an eine Gelenkverletzung ist ein Reflexvorgang, der von dem Einfluss der lokalen Läsion auf das

Rückenmark abhängt; in letzterem spielen sich dabei rein dynamische Veränderungen ab (?). **A. Neisser** (Berlin).

---

5. **G. Roux et Linossier.** Recherches morphologiques sur le champignon du muguet.

(Archiv de méd. expérim. 1890. No. 1.)

6. Dieselben. Recherches biologiques sur le champignon du muguet.

(Ibid. No. 2.)

Die Verf. studiren die Morphologie des Soorpilzes (Oidium albicans) bei seinem Wachsthum auf den verschiedensten festen und flüssigen Nährböden. Unter den ersteren empfehlen sie besonders sterilisirte Scheiben von Karotten (über das Wachsthum auf ihnen vgl. das Original), unter den letzteren zeigte sich für Beobachtung von Sporenbildung eine mit Zucker versetzte Nägeli'sche Nährflüssigkeit sehr geeignet. Die Fäden und hefeartigen Zellen des Soorpilzes haben wesentlich die gleiche Dignität, ihr Auftreten ist hauptsächlich durch die Natur des Nährbodens bedingt; die Fäden gehen aus den Zellen durch Sprossung mit Abschnürung oder durch einfaches Anwachsen der Zellen hervor.

Während verschiedene Bilder, die als Sporenbildung angesprochen wurden, nur als Involutionsformen anzusehen sind, gelang in der erwähnten Lösung (bei Temperatur von 25—30° C.) die Beobachtung von Chlamydosporen. Sie bilden sich am Ende einer Reihe von runden, ovalen oder fadenförmigen Zellen unter Auftreten von Glykogen in den letzten Gliedern der Reihe. Die Zelle wird zunächst stärker lichtbrechend und granulirt und erhält eine dickere Membran. Sie färbt sich jetzt mit Methylenblau schlechter, mit Eosin besser als die anderen Zellen. Nach wenigen Stunden ist sie 3—4mal größer als die anderen Soorzellen. Unter allmählichem Schwund des Glykogens differenzirt sie sich in folgender Weise: innerhalb einer dicken geschichteten Membran finden sich in wenig protoplasmatischer Flüssigkeit suspendirt, stark lichtbrechende, membranlose Granula, welche sich nicht färben lassen, übrigens auch nicht aus Fett bestehen, und zwar ist eine große Zahl kleinerer Granula um ein größeres centrales Korn gelagert. Sprengt man die Membran, so entsteht ein V-förmiger Riss, aus dem der Inhalt herausschlüpft. Allmählich verschwinden die kleineren Granula, während sich das centrale Granulum vergrößert und eine feine Membran zu erhalten scheint. Es sendet die oben erwähnte Membran — entsprechend der künstlich zu erzeugenden Rissstelle durchbrechend — einen Fortsatz aus, den die Verff. freilich nicht zu den gewöhnlichen Pilzformen auswachsen sehen konnten. Die Verff. geben zu, dass unbeschadet der eben beschriebenen echten Sporenbildung die Vermehrung des Soorpilzes wesentlich von den gewöhnlichen rundlichen, bisher als Konidien bezeichneten Zellen ausgeht. —

Die Verff. machen in einem zweiten Theil ihrer sehr sorgfältigen und ausführlichen Untersuchungen über die Wachsthums- und Lebensbedingungen des Soorpilzes Angaben, die wir freilich hier nur summarisch referiren können.

Während das Oidium albic. auf festen Nährböden fast ausschließlich die Hefezellenform zeigt, lässt sich in flüssigen Medien eine Fadenbildung erzielen. Es ist hier die Art und Menge der gebotenen Nährstoffe entscheidend. Die Verff. abstrahiren aus zahlreich variirten Versuchen die These: die Mannigfaltigkeit der Formen in den Soorpilzkulturen wächst mit dem Molekulargewicht der Nährstoffe. Gleichzeitig kommen aber andere Punkte in Betracht: die Koncentration, die Temperatur, die Anwesenheit von Stoffen, welche, wie die Nitrate, sich für die Ernährung des Pilzes indifferent zeigten. Ferner tragen zur Fadenbildung die Anwesenheit toxischer Substanzen bei (große Mengen Säuren oder Alkalien), mangelnder Zutritt von Luft und schließlich andere, zum Theil nicht ganz aufgeklärte Momente. Zusammenfassend führen die Verf. die Fadenbildung auf zwei Momente zurück: 1) auf ungünstige Lebensbedingungen, 2) auf Gewöhnung an diese, welche auch noch bei späterer Züchtung in günstigen Nährmedien nachwirkt.

Durch Wägung der in bestimmten Zeiträumen producirten Pilzmengen wird der Einfluss der Mineralien, Kohlenhydrate, N-haltigen Stoffe, der Säuren und Alkalien auf das Wachsthum festgestellt. Die anorganischen Säuren hemmten die Entwicklung viel stärker als die organischen; geringe Mengen von Alkali begünstigen das Wachsthum, größere Mengen hindern es zunächst, um später ebenfalls günstig zu wirken. Die therapeutische Wirkung der Alkalien bei der Behandlung des Soors ist eine indirekte: der Pilz wächst weder im Speichel noch in der Milch, bez. ihren Bestandtheilen, noch auch in den beim Erwachsenen in Betracht kommenden Kohlehydraten. Erst nach Umwandlung des Milchzuckers der Milch bez. der Kohlehydrate durch den Speichel findet er ein gutes Fortkommen, dem sich aber durch Anwesenheit von 0,2 % Natronkarbonat mit Sicherheit vorbeugen ließ. — Aus der Untersuchung zahlreicher Nährstoffe sei nur kurz erwähnt, dass der Soorpilz sehr O-bedürftig ist und für ihn unter den Kohlehydraten der Traubenzucker, unter den N-haltigen Körpern das Pepton die besten Nährstoffe darstellen.

H. Neumann (Berlin).

---

7. **H. Bitter.** Versuche über das Pasteurisiren der Milch.
(Zeitschrift für Hygiene Bd. VIII. Hft. 2.)

Angesichts der Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten, besonders von Tuberkulose, durch die Milch und mit Rücksicht auf die Unzulänglichkeit der chemischen Konservirungsmethoden, so wie auf die Unbequemlichkeiten und Schwierigkeiten einer seitens der einzelnen Konsumenten vorgenommenen Sterilisirung, verlangt B. eine gesetzlich vorgeschriebene Milchsterilisirung

seitens der Producenten und empfiehlt dazu einen von Seidensticker konstruirten Pasteurisirapparat. Die bisher empfohlenen derartigen Apparate ließen es nicht zu, eine Temperatur zwischen 68 und 75° genügend lange auf die Milch einwirken zu lassen und schlossen auch eine Reinfektion derselben auf den Kühler und den Transporthammer nicht aus. Durch die Behandlung in dem erwähnten Apparate erleidet nun zunächst, wie die Untersuchung B.'s ergab, der Geschmack und das Aussehen der Milch keine Veränderung. Ersterer war in keiner Weise von dem der rohen Milch verschieden; in dieser Beziehung blieb es sich gleich, ob die Milch 30 Minuten auf 68° oder 15 Minuten lang auf 75° erhitzt war. Die pathogenen Bakterien wurden auf beide Weisen sicher abgetödtet, die zum Theil ja viel resistenteren, weil sporenhaltigen, Saprophyten natürlich nicht vollständig, jedoch in so weit, dass man selbst für den heißesten Sommer die Haltbarkeit der konservirten Milch mindestens zu 30 Stunden annehmen kann. Die Kosten, welche dem Landwirth aus der Anwendung des Pasteurisirverfahrens erwachsen, belaufen sich auf höchstens 0,3—0,6 ℳ pro Liter Milch. **Strassmann** (Berlin).

---

8. **C. Manchot.** Über die Entstehung der wahren Aneurysmen. (Aus dem pathologischen Institut der Universität Straßburg.)

(Virchow's Archiv Bd. CXXI. Hft. 1.)

Die zur Zeit noch ungelöste Frage, ob die Ursache der Aneurysmenbildung durch entzündliche Vorgänge in der Media (Köster, Kraft, Klebs), oder durch mechanische Dehnungen resp. Zerreißungen gegeben ist (v. Recklinghausen, Eppinger), suchte der Verf. durch neue Untersuchungen einer größeren Zahl diffuser und sackiger Aneurysmen aus dem Material des Straßburger pathologischen Instituts endgültig zu beantworten. Zur Färbung der elastischen Lamellen in der Media, auf welche es besonders ankommt, bediente er sich theils der von Herxheimer und Unna angegebenen Methoden, theils eines besonderen Verfahrens, welches sehr scharfe Bilder giebt: Färbung mit wässeriger Fuchsinlösung, Entfärben in mit Schwefelsäure angesäuerter Zuckerlösung, Aufheben in reiner Zuckerlösung.

Mit dieser Methode unter gleichzeitiger Anwendung der gewöhnlichen Kernfärbemittel gelangte er zu sicheren Resultaten, welche er in folgende Sätze zusammenfasst: 1) Das wahre Aneurysma besteht in einer pathologischen Erweiterung des Gefäßlumens von wechselnder Form und Ausdehnung. Die Erweiterung wird durch primäre Zerreißungen der elastischen Elemente der Media bedingt. 2) Entzündliche Processe, die sich in einem Aneurysma vorfinden, sind für die Entstehung desselben von sekundärer Bedeutung. Sie stellen entweder eine zufällige Komplikation dar (allgemeine Arteriosklerose des höheren Alters), oder sie sind direkt durch das Fortschreiten des

Aneurysma bedingt und hervorgerufen (lokale Arteritis im Gebiete des Aneurysma).

Der Verf. betont besonders die Zusammengehörigkeit der einfachen spindeligen Gefäßerweiterung und des sackförmigen Aneurysma, die beide auf derselben Ursache beruhen. Das sackförmige Aneurysma entwickelt sich unter gewissen mechanischen günstigen Vorbedingungen, nämlich an den Orten, wo die Gefäße relativ frei liegen und ihrer Erweiterung kein wesentlicher Gegendruck von den umgebenden Theilen entgegengesetzt wird. An solchen Stellen sind wieder die Gefäßabgänge bevorzugt durch die Anordnung ihrer elastischen Elemente. — Die Ursache der zum Aneurysma führenden primären Ruptur der elastischen Lamellen ist entweder zu starke Belastung der Gefäßwand durch erhöhten Blutdruck (schwere Arbeit), oder mechanische Zerrung (an Gelenken) resp. andere wiederholte Traumen. Vielleicht kommt eine Ernährungsstörung der Gefäßwand dazu, jedoch ist eine solche, speciell eine Veränderung an den elastischen Lamellen, anatomisch nicht nachweisbar. **F. Neelsen** (Dresden).

---

9. **G. Rauzier.** De certaines localisations cardiaques de l'impaludisme aigu.

(Rev. de méd. 1890. No. 6.)

Mit monographischer Ausführlichkeit behandelt Verf. den Zusammenhang zwischen Sumpffieber und Herzaffektionen. Während die meisten Autoren bisher, von Baumes (1821) an bis in die letzte Zeit hinein (Kelsch und Kiener), mehr vom pathologisch anatomischen als vom klinischen Standpunkte aus an diesbezügliche Untersuchungen herantreten und größtentheils das gänzliche Fehlen von Herzläsionen und Klappenerkrankungen bei der Malaria konstatirten oder Volums-, Konsistenz- und Farbenveränderungen, Hypertrophie oder Degeneration des Herzmuskels beschrieben, die Existenz aber einer Malaria-Endocarditis überhaupt leugneten oder für zweifelhaft hielten, fehlte es andererseits nicht an solchen, welche die klinischen Symptome (Geräusch an der Herzspitze oder an der Basis und von da bis in die großen Gefäße sich erstreckend, Abnahme und Wechsel in der Stärke der Herzaktion und des Pulses) mehr würdigten (Durozier und Lancereaux) und auf diese allein gestützt oder in Verbindung mit dem Sektionsbefunde an einen ätiologischen Zusammenhang der Endo- und Myocarditis mit der Malaria glaubten. Es ist nicht zu übersehen, dass in all den Fällen, wo in vita Herzgeräusche gehört und post mortem Klappenveränderungen gefunden wurden, es sich um die schweren Malariaformen, die perniciöse oder chronische Form handelte. Dem gegenüber ist Verf. in der glücklichen Lage, unter 57 Gesammterkrankungen an Malaria 17 Fälle von der akuten gutartigen Form zu beschreiben, wo während der Dauer seiner Behandlung Herzgeräusche auftraten und allmählich wieder schwanden. Zieht man von diesen 17 noch 6 Fälle ab, weil

sie nur die Vermuthung eines bereits vorher bestehenden Herzfehlers zulassen, so bleiben noch 11 unanfechtbare Beobachtungen übrig, die sich kurz folgendermaßen skizziren lassen: Ein junger, keineswegs kachektischer Mann betritt das Spital mit frischer Malaria. Weder Anamnese noch Habitus deuten auf eine Herzaffektion; beim Auskultiren dieses Organs hört man während der Anfälle sowohl wie im Intervall oder während der Rekonvalescenz ein wohl charakterisirtes systolisches Geräusch, am lautesten an der Herzspitze und in der Umgebung derselben. Das Geräusch pflanzt sich nicht in die Halsgefäße fort. Manchmal vergesellschaftet es sich mit einer Verdoppelung des zweiten Herztones, die an der Herzbasis, am häufigsten über den Pulmonalklappen wahrnehmbar ist. Ödeme können vorhanden sein. Von besonderem Interesse ist für Verf. die Deutung des systolischen Geräusches; die Möglichkeit, dass es auf Fieber, Anämie, Myo- oder Endocarditis beruhe, weist er zurück und kommt zu dem Schlusse, dass das Geräusch seine Entstehung einer funktionellen Mitralinsufficienz verdanke, die ihrerseits dadurch entstanden zu denken ist, dass das Malariagift die Muskulatur dieser Klappe lähmt.

Rönick (Berlin).

Kasuistische und kleinere Mittheilungen.

10. **Roux et Nocard.** A quel moment le virus rabique apparaît-il dans la bave des animaux enragés?

(Annal. de l'Inst. Pasteur T. IV. No. 3.)

Bei Verimpfung des Wuthgiftes in das Auge des Hundes war der Speichel des Hundes schon mindestens 3 Tage vor dem ersten Auftreten der ersten Anzeichen der Erkrankung infektiös. Vermuthlich trifft dies auch für Individuen, welche am Kopf gebissen sind, zu. Bei subkutaner Impfung in die Halsgegend war der Speichel mindestens 30 Stunden vor dem Eintritt von Krankheitssymptomen infektiös. Es kann also ein Hund scheinbar noch vollkommen gesund und doch schon sein Speichel infektiös sein. Wahrscheinlich sind die Zeitangaben in so fern noch zu eingeschränkt, als das Wuthgift anfänglich nur in geringer Menge im Speichel vorhanden ist und außerdem hier, wegen Anwesenheit zahlreicher Bakterien, nicht durch die zuverlässigste Methode (Impfung in das Gehirn) nachgewiesen werden kann.

H. Neumann (Berlin).

11. **Escherich.** Zur Ätiologie der Diphtherie.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 1.)

E. fand in 19 von 22 Fällen von Rachendiphtherie bei Kindern sofort bei der ersten Untersuchung den Löffler'schen Diphtheriebacillus, im 20. Fall erst bei wiederholter Untersuchung; bei »chronischer Diphtherie« ergab einmalige Untersuchung ein negatives Resultat; im 22. Fall hinderten ungünstige äußere Umstände, wenigstens während des Lebens, den Nachweis. Der Pseudodiphtheriebacillus wurde nur 2mal gefunden.

Der Löffler'sche Bacillus fand sich in Fällen sicherer diphtheritischer Infektion selbst, wenn im Augenblick der Untersuchung eine Membran fehlte und die Schleimhaut nur katarrhalisch entzündet war; nach dem Verschwinden der diphtheritischen Membran blieb er noch 1—3 Tage nachweisbar. Hingegen fand er sich nicht bei einfachen fieberhaften Anginen, selbst wenn in den Lakunen kleine fibrinöse Beläge waren.

Neben den Diphtheriebacillen fanden sich überwiegend Streptokokken, in

einigen Fällen hingegen die von Emmerich beschriebenen Bacillen, die in zwei tödlichen Fällen auch aus Herzblut und Lungen kultivirt werden konnten.

H. Neumann (Berlin).

12. **Hansen.** Ist die Lepra eine »im Aussterben begriffene« Infektionskrankheit und ist sie erblich?

(Virchow's Archiv Bd. CXX. Hft. 3.)

Verf. giebt seiner Überzeugung Ausdruck, dass die Lepra keine erbliche, sondern kontagiöse Krankheit ist. Schon früher hatte er darauf hingewiesen, dass unter den nach Nordamerika ausgewanderten Norwegern die Lepra aussterbe und dieses als Beweis dafür betrachtet, dass die Krankheit nicht erblich ist. Hiergegen hatten sich Stimmen erhoben, welche die angeführten Beobachtungen als eben sowohl gegen die Kontagiosität wie gegen die Erblichkeit der Lepra sprechend erklärten, oder annahmen, dass die Lepra eine im Aussterben begriffene Infektionskrankheit sei. Zu Gunsten dieser letzteren Anschauung kann man nach H. nicht die Abnahme der Krankheit in Norwegen anführen, diese ist vielmehr ganz allein durch die Isolation vieler Leprösen in den Anstalten begründet. Des Weiteren vertheidigt Verf. seine Auffassung eines Wesensunterschiedes zwischen Erblichkeit und Ansteckung. Dass die Lepra ansteckend ist, könne wohl heut zu Tage keinem Zweifel mehr unterliegen, durch größere Reinlichkeit könne aber die Ansteckung vermieden werden.

Joseph (Berlin).

13. **Redet et G. Roux.** Sur les rapports qui peuvent exister entre le »Bac. coli communis« et la fièvre typhoide.

(Province méd. 1889. No. 48.)

Wir erwähnen aus dieser Arbeit, mit Übergehung der sehr anfechtbaren Ansichten und Folgerungen der Verff., nur 2 Befunde: bei der Sektion eines Typhuskranken fand sich eine eitrige Pelveoperitonitis, welche durch das Bact. coli comm. veranlasst war. Ferner wurde dies Bacterium bei einem Kranken mit Adenom des Vater'schen Diverticulums in multiplen Leberabscessen als Reinkultur gefunden. Es sind dies Beispiele für die immerhin noch selten beobachteten Thatsachen einer fakultativen Pathogenität des Bacterium coli commune.

H. Neumann (Berlin).

14. **Arustamoff.** Zur Frage über die Entstehung der typhösen Pneumonie.

(Centralblatt für Bakteriologie 1889. No. 3 und 1890. No. 4.)

In der Defervescenz eines Typhus trat eine krupöse Pneumonie auf. Tod am 10. Tag. In Leber, Milz und Nieren fand sich eine Reinkultur von Typhusbacillen, in der Lunge neben letzteren der Fraenkel-Weichselbaum'sche Pneumoniecoccus (leider nicht experimentell geprüft, Ref.).

H. Neumann (Berlin).

15. **Combemale et Dubiquet.** Les effets physiologiques du ferrocyanure de potassium.

(Bullet. génér. de thérap. 1890. Mai 15.)

Auf Grund zahlreicher Thierversuche ziehen die Verff. folgende Schlüsse über die Wirkungen des Ferrocyankaliums (gelben Blutlaugensalzes):

1) Das Ferrocyankalium ist selbst zu 2 g pro Kilo Thier gegeben ungiftig.

2) Beim Hunde wirkt es nicht diuretisch. Bei Thieren, welche nicht erbrechen können, z. B. den Meerschweinchen, tritt eine sichere diuretische Wirkung innerhalb 3 Stunden nach der Eingabe ein, selbst wenn nur schwache Dosen gegeben worden waren.

3) Beim Hund entstehen nach wiederholter Eingabe Magendarmstörungen; wird mehr als 0,8 pro Kilo Thier gegeben, so tritt konstant Erbrechen ein.

4) Temperatur, Cirkulation, Respiration und Nervensystem erfahren keine besondere Beeinflussung.

5) Innerhalb des Organismus geht die Ferro- in die Ferriverbindung über und

erscheint auch als solche im Harn, wenn bei Meerschweinchen das Verhältnis von 0,45 pro Kilo Thier nicht überschritten wurde.

6) Nach Ansicht der Verff. beruht die diuretische Wirkung des Ferrocyankalium auf dem Freiwerden der beim Übergang zu Ferricyan frei werdenden Kalimenge; das so entstandene Kaliumsalz hat die bewährten diuretischen Eigenschaften der Kalisalze überhaupt. **H. Dreser** (Tübingen).

16. **L. Ölkers.** Über das Vorkommen von Quecksilber in den Bandwürmern eines mit Quecksilber behandelten Syphilitikers.

(Centralblatt für Bakteriologie 1890. No. 7.)

Einem Manne, der wiederholte Schmierkuren hinter sich hatte, wurden zwei Bandwürmer abgetrieben (Taenia mediocan.), welche eine eigenthümlich graue Färbung zeigten. Sie rührte von Quecksilber her, das sich diffus im ganzen Körper, am meisten aber im Vas deferens, in den Vasa efferentia, den Hodenbläschen, der Vagina und an den Saugnäpfen niedergeschlagen hatte. Das Leben der Bandwürmer war durch die Aufnahme des Quecksilbers nicht beeinträchtigt worden.

H. Neumann (Berlin).

17. **Kozlowski.** Ostéosarcome des poumons.

(Progrès méd. 1890. No. 11.)

Der vorliegende Fall bietet viel Interessantes. Einmal sind Neubildungen der Lunge überhaupt ziemlich selten. Dann aber muss die vorliegende, einen Soldaten von 24 Jahren betreffende Geschwulst, die in Gestalt von Knoten der verschiedensten Größe ganz besonders den oberen Lappen der linken Lunge durchsetzte und sich als Osteosarkom erwies, als eine Metastase eines am rechten Knie bestehenden sarkomatösen Tumors aufgefasst werden. Einzelheiten müssen in der ausführlich gegebenen Krankengeschichte nachgelesen werden. Am Schlusse seiner Arbeit giebt der Verf. ein Résumé unserer Kenntnisse über Lungengeschwülste.

M. Cohn (Berlin).

18. **Lauenburg.** Zwei Fälle von geheilter Larynxtuberkulose.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 17.)

Kurze Mittheilung zweier Fälle von Larynxtuberkulose, welche unter Milchsäurebehandlung zur Heilung kamen. In dem einen Falle (27jähriges Mädchen) hatte die tuberkulöse Ulceration ihren Sitz an der Vorderfläche der hinteren Kehlkopfwand, in dem anderen Falle (30jähriger Mann) in der Mitte des oberen Kehldeckelrandes. Die Pat. ist jetzt noch frei von Recidiv, bei dem Pat. führte ein Pneumothorax zum Exitus. Bei der Sektion konnte die Heilung des tuberkulösen Kehlkopfgeschwüres konstatirt werden.

An diese beiden Fälle reiht Verf. einige Bemerkungen an über die Therapie der Larynxtuberkulose, wie sie in dem Ambulatorium des Ref. gehandhabt wird.

Seifert (Würzburg).

19. **Csatáry.** Über den Werth der Sublimatinhalationen bei Tuberkulose.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 23. Excerpt aus Orvosi Hetilap.)

Gegenüber der Empfehlung von Sublimatinhalationen bei Phthise durch Dr. Macario (Gaz. med. de Paris 1890 No. 14) theilt C. mit, dass er bereits im Jahre 1887 damit Versuche angestellt, dass auch die ersten 3 Pat. sich rapid darunter gebessert, dass aber weitere Versuche die absolute Nutzlosigkeit, ja Schädlichkeit der Inhalationen ergeben hätten. **A. Freudenberg** (Berlin).

20. **Musser.** Case of tubercular Pericarditis; unusual amount of effusion; accidental paracentesis pericardii.

Sep.-Abdr., Philadelphia, 1890.

Es handelte sich im vorliegenden Falle um eine tuberkulöse Pericarditis, die durch außerordentlich reichlichen Erguss das Vorhandensein einer tuberkulösen Pleuritis vorgetäuscht hatte. Eine vorgenommene Paracentese des Pericardiums

brachte nur auf kurze Zeit Erleichterung, da das Exsudat sich sehr schnell regenerirte. Verf. erörtert dann die Schwierigkeit der Diagnose der primären tuberkulösen Pericarditis, die zu den selten beobachteten Erkrankungen gehört.

M. Cohn (Berlin).

21. **Grödel.** Über abnorme Herzthätigkeit in Folge von Innervationsstörungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 21.)

Verf. bespricht von denjenigen Störungen der Herzthätigkeit, welche nicht durch anatomische Veränderungen des Herzens hervorgerufen werden, sondern auf nervösen Einflüssen beruhen, besonders ausführlich das eigentliche nervöse Herzklopfen und die Tachykardie, daneben aber auch die Bradykardie und die nervöse Form der Angina pectoris. Die Arbeit giebt im Wesentlichen eine Zusammenstellung der hierüber bekannten Thatsachen und ihrer mannigfachen Deutungen und enthält außerdem noch eine Anzahl eigener, die einzelnen Formen charakterisirender Beobachtungen.

Markwald (Gießen).

22. **Leva.** Zur Lehre des Merycismus.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 20 u. 21.)

Bericht über 2 Fälle von Merycismus aus der Eichhorst'schen Klinik. In dem ersten Falle handelte es sich um einen 16jährigen, hereditär nicht belasteten, aber ziemlich beschränkten, neurasthenischen jungen Mann, bei welchem sich in Folge raschen Essens schlecht zubereiteter Speisen der Zustand der Rumination entwickelte. Dieselbe geschieht unwillkürlich, kann nur durch beständiges Schlucken und Tabakkauen unterdrückt werden, erstreckt sich auf alle Speisen; die flüssigen werden früher ruminirt, wie die festen, die Gesammtmenge des Ruminirten beträgt $^1/_2$—$^2/_3$ des Genossenen. Die Resorptionsfähigkeit und die motorische Thätigkeit des Magens sind vollständig in Ordnung, der Magensaft ist einmal hyperacid, einmal ungefähr normal, gewöhnlich subacid bis anacid befunden worden. Die Cardia erscheint schlussunfähig.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 56jährigen Idioten, dessen Mutter Ruminantin war, der Pat. ruminirte seit seiner frühesten Jugend alle Speisen, isst mit einer furchtbaren Gierigkeit und sehr viel, kaut gar nicht. Die Rumination ist theils unwillkürlich, theils willkürlich, dem Pat. sehr angenehm. Der Ösophagus und die Cardia müssen sehr weit sein, denn Pat. schluckt apfelgroße Fleischstücke hinunter und giebt sie mit großer Leichtigkeit von sich. Der Magen steht tief und ist dilatirt, die Resorptionsfähigkeit für Jodkali ist ungefähr normal, die motorische Thätigkeit bedeutend herabgesetzt, die Verdauung überhaupt sehr verlängert, der Magensaft anacid.

Im Anschluss an diese beiden Fälle bespricht L. die Mechanik der Rumination und die Ursachen für diesen krankhaften Zustand. Was die letzteren Punkte anlangt, so führt L. eine Reihe von Beweisen an, wonach die Rumination als Reflexneurose aufzufassen wäre. Zu diesen Beweisen gehört die fast vollkommene Übereinstimmung des Ruminationsaktes beim Menschen mit demjenigen beim Thiere (s. Untersuchungen von Luchsinger), dann dass vieles und rasches Essen, so wie schlechtes Kauen gewöhnlich als ätiologisches Moment angeführt wird, weiterhin die bedeutenden Abnormitäten in der Zusammensetzung des Mageninhaltes und schließlich die Schluckversuche Brown-Séquard's mit einem Schwamm.

Seifert (Würzburg).

23. **M. Einhorn** (New York). Rumination in man.

(Med. rec. 1890. Mai 19. p. 554—558.)

Nach einer Einleitung, welche in kurzer Form die Geschichte und das Wesen des Wiederkäuens beim Menschen betrifft, folgen in klarer Ausführung die Krankengeschichten zweier Leute, welche ihren Hauptwerth darin haben, dass die chemischen und motorischen Funktionen des Magens geprüft wurden. Bei dem einen Pat. erwies sich die Magenverdauung und die motorische Funktion gänzlich intakt, in dem anderen Falle war stets Salzsäure im Magen nachzuweisen, aber bald

bestand normales Verhalten, bald Hyperacidität, bald Subacidität. Bei beiden Pat. war Heredität ausgeschlossen, beide hatten schon längere Zeit an Aufstoßen und Erbrechen gelitten; bei beiden trat die Rumination periodisch auf; die Dauer war verschieden lang, bei dem einen Pat. schwankte sie zwischen 3 Monaten und $1^1/_2$ Jahr, bei dem zweiten Pat. dauerte es gewöhnlich 3 Monate; dieser Pat. kann zu jeder Zeit Rumination bewirken und sie unterdrücken, bei dem zweiten Pat spielt der Wille keine Rolle. Bei beiden Pat. lässt sich Meltzer's Durchpressgeräusch konstatiren, während das Durchspritzgeräusch nicht zu Stande kam, es war also die Cardia in normalem Zustande. Von den therapeutischen Erfolgen ist anzuführen, dass bei dem Pat., welcher nach Belieben die Rumination hervorrufen und unterdrücken konnte, die moralische Einwirkung das Übel heilte, während bei dem anderen Pat. Tonica und Eisstückchen nach den Mahlzeiten keinen Erfolg erzielten. **Prior** (Köln).

24. **Schmitz.** Cystitis als Komplikation des Diabetes.

(Berliner klin. Wochenschrift 1890. No. 23.)

Verf. weist darauf hin, dass beim Diabetes sehr häufig als Komplikation desselben ein Blasenkatarrh meistens in chronischer aber auch in akuter Form auftritt, der durch Zersetzung des zuckerhaltigen Urins bedingt ist, dessen Ursache — der Diabetes — aber nicht selten übersehen wird. Die Behandlung muss sich darum in erster Linie gegen das Grundleiden richten, gleichzeitig aber auch in Ausspülung der Blase, am besten mit salicylsaurem Natron, bestehen.

Markwald (Gießen).

25. **H. Feleki** (Budapest). Über im Anschlusse an Blennorrhoe auftretende Tendovaginitis.

(Pester med.-chir. Presse 1890. No. 23. Excerpt aus Gyógyászat 1890. No. 19.)

F. ist der Ansicht, dass die Tendovaginitis gar nicht selten eine Folge von Gonorrhoe ist. Er berichtet über 2 Fälle von gonorrhoischer Tendovaginitis an den Fingersehnen, bei denen der Zusammenhang mit der Gonorrhoe sich besonders auch dadurch manifestirte, dass gleichzeitig mit Recrudescenz resp. Recidive der Gonorrhoe auch die Symptome von Seiten der Sehnen sich wieder einstellten. Therapeutisch erwies sich Thallin. sulfuric. in 0,25 Dosen wirksam, nachdem in dem einen Falle Salicylsäure ohne Erfolg verabreicht worden.

A. Freudenberg (Berlin).

26. **Goldscheider.** Über die Empfindlichkeit der Gelenkenden.

(Du Bois-Reymond's Archiv 1890. p. 380.)

G. hat bei Kaninchen die Gelenkenden der Knochen bis nahe an die Gelenkflächen empfindlich gegen stärkere Reizung gefunden. Er bringt dies in Zusammenhang mit der Rolle, welche die Gelenke beim Zustandekommen der Bewegungsempfindungen spielen sollen. **Langendorff** (Königsberg i/Pr.).

27. **S. Weir-Mitchell** and **Charles W. Burr.** Unusual cases of chorea, possibly involving the spinal cord.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1890. No. 7.)

Die Verff. führen 3 Fälle an, welche es möglich erscheinen lassen, dass gewisse choreiforme Zustände auch durch spinale Affektionen bedingt werden können.

I. Bei einem 19jährigen Mädchen, welches seit der Geburt an Chorea litt, wiesen Rigidität in den Unterextremitäten und Dorsalklonus auf ein spinales Leiden hin.

II. In diesem Falle, der eine 46jährige Frau betraf, bestanden choreatische Bewegungen seit 25 Jahren; unbetheiligt war der linke Arm. Es bestanden Torticollis spastica und Kontraktur der Nackenmuskeln und Mm. sternocleidomastoidei.

III. Bei dem 52jährigen Bruder der eben erwähnten Pat. traten choreaartige Bewegungen erst in den Beinen und 7 Jahre später auch in den Armen auf. Es bestand Incontinentia urinae et alvi, Rigidität in den Knieen beim Aufstehen. Plantar- und Cremasterreflex fehlen. **J. Ruhemann** (Berlin).

28. **H. Schmaus.** Zur pathologischen Anatomie der Seitenstrangerkrankung bei Tabes dorsalis.

(Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XLVI. Hft. 2.)

Verf. berichtet in eingehendster Weise über den Sektionsbefund eines Falles von Tabes, der neben den typischen auch atypische Symptome, wie Muskelatrophien, fibrilläre Zuckungen, dauernde partielle Lähmungen darbot. Die degenerirten Hinterstränge zeigten das Bild einer ziemlich vorgeschrittenen Tabes. Die partielle Degeneration der Seitenstränge hat weder den Charakter einer reinen kombinirten Systemerkrankung noch einer unregelmäßigen Strangdegeneration, wie sie Westphal beschreibt, sondern sie ist eine Mischform, bestehend aus einer systematischen, jedoch nur partiellen Erkrankung der Pyramidenseitenstränge und einer unsystematischen Erkrankung der Kleinhirnbahn. In Bezug auf die anatomischen und histologischen Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden, dem eine Tafel recht guter Abbildungen beigefügt ist. Klinisch hat den Fall Stintzing (im Erlenmeyer'schen Centralblatt 1886 No. 3) beschrieben.

A. Neisser (Berlin).

29. **A. Peyer (Zürich).** Ein Beitrag zur Lehre von der konträren Sexualempfindung.

(Münchener med. Wochenschrift 1890. No. 23.)

P. berichtet über 2 interessante Fälle von konträrer Sexualempfindung, einer angeboren, der andere erworben. Bei dem ersteren, einem 52jährigen wohlhabenden Rentier, äußerte sich die psychosexuale Anomalie darin, dass, bei vollständigem Mangel von sexueller Neigung für das weibliche Geschlecht, der Anblick schön gepflegter Fingernägel, oder besonders das Zusehen bei Raufereien und Balgereien, z. B. von Schulkindern, Erektionen, später selbst Ejaculationen hervorrief; allmählich traten bei letzterem Vergnügen, dessen Anblick sich Pat. mit Begierde zu verschaffen suchte, Pollutionen bei schlaffem Gliede ein, und es entwickelte sich eine allgemeine Neurasthenie. Letztere wurde durch längeren Landaufenthalt besser, während die konträre Sexualempfindung blieb.

Der zweite Fall betrifft einen jungen, hereditär belasteten Theologen, der an (hauptsächlich sexueller) Neurasthenie litt. Allmählich stellte sich bei ihm eine eigenthümliche Neigung ein, kleine Thiere wie Ameisen, Käfer etc. zu necken und zu quälen; ihr ängstliches Hin- und Herlaufen erzeugt ihm Erektionen mit Wollustgefühl, später ebenfalls Pollutionen bei schlaffem Gliede. Gleichzeitig nimmt seine vorher vorhandene Neigung zum weiblichen Geschlechte allmählich ab und verschwindet schließlich ganz. Urin enthält viel hellen, klaren, zähen Schleim, zuweilen mit zahlreichen Tripelphosphaten (Sekret der Cowper'schen Drüsen), manchmal auch mit zahlreichen Spermatozoen. Örtliche und kräftigende allgemeine Behandlung führte hier nach längerer Kur zur Genesung, so dass Pat. jetzt gesunder Pfarrherr, Gatte und Vater ist.

Verf. ist der Ansicht, dass die angeborenen Fälle von konträrer Sexualempfindung einer Therapie nicht oder nur auf dem Wege der Hypnose zugänglich sind; hingegen bieten die erworbenen Fälle bei örtlicher Behandlung keine schlechte Prognose.

A. Freudenberg (Berlin).

30. **Schneidemühl.** Die neueren Erfolge der laryngealen und trachealen Arzneianwendungsmethode in der Thiermedicin und ihre allgemeine Bedeutung für die innere Therapie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1890. No. 4.)

S. berichtet über die Applikation von Arzneimitteln in die Trachea, wie sie von ihm und Anderen bei verschiedenen Krankheiten der Pferde zum Theil mit günstigem Erfolge geübt worden ist. So bei dem infektiösen Petechialfieber der Pferde (Lugol'sche Lösung), Druse (Kochsalz- und Alaunlösungen), bei dem chronischen Kehlkopfkatarrh der Pferde (Alaunlösungen), bei plötzlich und allmählich sich einstellender Herzschwäche (Kochsalzlösungen), bei der sog. Schweinsberger Krankheit

(Lugol'sche Lösung), beim Tetanus equorum (Lugol'sche und Chinin-Salicyllösung), bei Laryngo-Pharyngitis equorum (Morphiumlösung).

S. glaubt, dass diese bisher beim Menschen so selten angewandte Applikationsmethode von Arzneimitteln bei Vorsicht und Auswahl geeigneter Medikamente nach den an Thieren gemachten Beobachtungen weiterer ausführlicher Prüfung werth sei. **Seifert** (Würzburg).

31. **Lemoine.** De la toxicité de l'acide borique.

(Gaz. méd. de Paris 1890. No. 18 u. 19.)

Verf. berichtet über mehrere Fälle von Borsäurevergiftung, von welchen er einen selbst beobachtete, während die 3 anderen Beobachtungen anderer Autoren betreffen. Die Erscheinungen bestanden im Falle von L. in einem über den ganzen Körper verbreiteten masernartigen Auschlag, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Mit Entfernung der Borsäure von der Wunde hörten die Erscheinungen sofort auf, um sich sogleich wieder einzustellen, nachdem die Borsäure wieder verwendet war. Die Pat. litt an Arteriosklerose, interstitieller Nephritis, geringer Eiweißausscheidung im Harn und Galopprhythmus des Herzens, so dass der Mechanismus der Vergiftung leicht zu verstehen ist. Temperaturerhöhung war nicht vorhanden. In den anderen Fällen bestanden ganz analoge Symptome; der Beweis, dass sie durch die Borsäure bewirkt waren, konnte stets geführt werden.

Wahrscheinlich sind bei Individuen, wo solche Intoxikationen eintreten, Störungen in der Nierenfunktion vorhanden, wie dies auch bei der von L. behandelten Pat. der Fall war. **G. Meyer** (Berlin).

32. **v. Hofmann.** Sublimatvergiftung nach Ätzung von Kondylomen mit Solutio Plenckii.

(Wiener klin. Wochenschrift 1890. No. 16.)

33. **Kaposi.** Über Ätzung der breiten Kondylome mittels Solutio Plenckii.

(Ibid. No. 19.)

Ein 29jähriges Frauenzimmer, die vor 3 Monaten entbunden ist, kam wegen Schmerzen im Halse, Rhagaden an diversen Stellen, Papeln an den Geschlechtstheilen, an der Brustdrüse etc. in die Behandlung eines Arztes. Derselbe verordnete Kal. jodat. innerlich und Sol. Plenckii (Hydrargyri bichlorati, Camphorae, Aluminis, Cerussae ää 2,0, Spiritus, Aceti ää 15,0) und Sublimat äußerlich. Die Papeln wurden mit Sol. Plenckii, die Rhagaden mit Sublimat gepinselt. Es entstanden darauf an den geätzten Stellen so unerträgliche Schmerzen, dass die Pat. ein Conamen suicidii durch Erhängen machte. Der Strick riss jedoch und von furchtbaren Schmerzen gepeinigt wälzte sich Pat. an der Erde. Ein hinzugerufener Arzt ließ sie ins Krankenhaus bringen, wo sie über starke Leibschmerzen zu klagen begann und 7 Tage später im völligen Collaps unter Erbrechen und blutigen Diarrhoen der Exitus erfolgte. Als Todesursache ergab die Obduktion Sublimatvergiftung.

Am Schlusse seiner Arbeit richtet H. die Bitte an die vielbeschäftigten Syphilidologen um Veröffentlichung ihrer mit der Sol. Plenckii gemachten Erfahrungen, der K. in der vorliegenden Mittheilung entspricht. K. hat derartige traurige Vorkommnisse trotz umfangreicher Anwendung der Sol. Plenckii bisher nicht beobachtet. Trotzdem räth er, von dem Gebrauch der Solution abzustehen, da wir in dem Emplastrum hydrargyri ein prompt wirkendes ganz schmerzloses Mittel besitzen.

M. Cohn (Berlin).

Originalmittheilungen, Monographien und Separatabdrücke wolle man an den Redakteur *Prof. A. Fraenkel* in Berlin (S. Städtisches Krankenhaus am Urban), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf & Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Hierzu Medicinischer Anzeiger und Titel und Register zu Jahrgang 1890.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY